

INFORMACIÓN DEL PACIENTE- ADULTO

POR FAVOR ESCRIBIR EL NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL PACIENTE.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ / _____ / _____

DIRECCIÓN: _____ **APT /UNIDAD:** _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **CODIGO POSTAL:** _____ **PAIS:** _____

TEL DE CASA: (____) _____ **TEL ALTERNO (CELULAR):** (____) _____

SEXO: M F **ESTADO CIVIL (Circule):** Soltero Casado Viudo Divorciado

IDIOMA: _____ **CORREO ELECTRONICO:** _____

MÉD DE CABECERA/REFERIDO: _____ **TEL:** (____) _____ **FAX:** (____) _____

NOMBRE DE FARMACIA: _____ **TEL. DE FARMACIA:** (____) _____

EMPLEADOR: _____ **TEL DE EMPLEADOR:** (____) _____

DIRECCIÓN DE EMPLEADOR: _____ **OCUPACIÓN:** _____

NOMBRE DE ESPOSO(A): _____ **FECHA DE NACIMIENTO DE ESPOSO(A) :** _____ / _____ / _____

SEGURO SOCIAL ESPOSO(A): _____ - _____ - _____ **TEL ALTERNO (CELULAR):** (____) _____

CONTACTO DE EMERGENCIA / RELACIÓN: _____

TELÉFONO: (____) _____ **TELÉFONO ALTERNO:** (____) _____

QUISIERA DESIGNAR ALGÚN REPRESENTANTE PERSONAL, TAL COMO SU ESPOSO/A U OTRO FAMILIAR, EL CUAL PODRIA DISCUTIR CON SU MEDICO INFORMACION DE SALUD PRIVADA PERTINENTE A SU CASO? **(CIRCULE) SI NO**

NOMBRE DEL FAMILIAR: _____ **RELACIÓN:** _____

CONCEDE USTED PERMISO A NUESTROS MÉDICOS PARA DEJAR MENSAJE SOBRE SU INFORMACIÓN DE SALUD PRIVADA EN SU CONTESTADORA (ejemplo: resultados de exámenes.)? **(CIRCULE) SI NO**

A QUE TELÉFONO PODEMOS LLAMAR? _____

SEGURO DE SALUD

*Una fotocopia de esta información sera valida.

***SEGURO PRIMARIO:** _____ # DE PÓLIZA: _____ # DE GRUPO: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ **FECHA NACIMIENTO:** _____ / _____ / _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO: _____ **RELACION AL PACIENTE:** _____

***SEGURO SECUNDARIO:** _____ # DE PÓLIZA: _____ # DE GRUPO: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ **FECHA NACIMIENTO:** _____ / _____ / _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO: _____ **RELACION AL PACIENTE:** _____

AVISO AL PACIENTE: Proveedor aceptara compensación únicamente por servicios cubiertos y pagos por la compañía de seguros y por los servicios otorgados al asegurado, con exepción de co-pagos, co-seguros, y deducibles, y servicios no cubiertos o requeridos bajo el acuerdo de salud en su póliza de seguro medico. Declaro que toda la informacion proveida en esta visita es completa y precisa. En caso de que esta informacion este incorrecta o incompleta, el paciente será responsable por todos los gastos incurridos.

AUTORIZACION Y ASIGNACION DE BENEFICIOS:

Autorizo a South Florida ENT Associates, P.A. que proporcione información medica a mi compañía de seguro. Autorizo pago directo de cuentas medicas or quirurgicas a South Florida ENT Associates, P.A. Entiendo que soy financieramente responsable por todo los cargos, balances o cuentas no cuviertas por mi seguro medico, o en el evento que mi seguro medico haya sido cancelado y no tenga cobertura de salud. Además, entiendo que seré responsable por todos los costos incurridos en el intento de colectar esta deuda.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____