

INFORMACION DEL PACIENTE- MENOR DE EDAD

POR FAVOR DE 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:** _____

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

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

PARTIDO RESPONSABLE

NOMBRE DEL GUARDIAN: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ / _____ / _____

PACIENTE VIVE CON: _____ **CORREO ELECTRONICO:** _____

NOMBRE DE MADRE: _____ **SEGURO SOCIAL:** _____ - _____ - _____

DIRECCIÓN: _____ **CIUDAD:** _____ **ESTADO:** _____ **CODIGO POSTAL:** _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **EMPLEADOR:** _____

TEL DEL TRABAJO: _____ **CELULAR O # ALTERNO:** _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ **SEGURO SOCIAL:** _____ - _____ - _____

DIRECCIÓN: _____ **CIUDAD:** _____ **ESTADO:** _____ **CODIGO POSTAL:** _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **EMPLEADOR:** _____

TEL DEL TRABAJO: _____ **CELULAR O # ALTERNO:** _____

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 seguro y por los servicios otorgados al asegurado, con exepción a 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 haiga sido cancelado y no tenga covertura de salud. Además, entiendo que seré responsable por cualquier o todo los costos incurridos en el intento de colectar esta deuda.

FIRMA: _____

DATE: _____