

Información del Paciente:

Apellido: _____ Nombre: _____
Dirección _____ Apt# _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Seguro Social# ____/____/____
Telefonico: Casa (____) _____ - _____ Correo Electronico: _____
Empleado por: _____ Trabajo(____) _____ - _____
Estado Civil: Casado(a) _____ Soltero(a) _____ Masculino _____ Femenino _____ Edad _____
Referido por: _____
Contacto en caso de emergencia: _____ # Telefonico(____) _____ - _____

Informacion de la Persona que tiene el seguro Primario:

Nombre del Seguro Primario: _____
Apellido: _____ Nombre: _____
Dirección: _____ Apt# _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Seguro Social# ____/____/____
Empleado por : _____ # Telefónico (____) _____ - _____

Informacion de la Persona que tiene el seguro Secundario:

Nombre del Seguro Secundario: _____
Apellido: _____ Nombre: _____
Dirección: _____ Apt# _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Seguro Social# ____/____/____
Empleado por _____ # Telefónico (____) _____ - _____

* FIRMA REQUERIDA: POR FAVOR, LEA CUIDADOSAMENTE ÉSTA REGISTRACIÓN, FIRME Y PONGA LA FECHA ABAJO. ÉSTA FORMA SERÁ INVÁLIDA SI ESTÁ MODIFICADA.
*AUTORIZACIÓN PARA QUE SU INFORMACIÓN SEA ACCESIBLE: AUTORIZO, POR ESTE MEDIO, PARA QUE EL DOCTOR DISPONGA DE CUALQUIER INFORMACIÓN ADQUIRIDA EN EL CURSO DE EL EXAMEN O TRATAMIENTO. ÉSTA INFORMACION PUEDE SER REQUERIDA POR MI COMPAÑÍA DE SEGUROS, OTRO DOCTOR, U HOSPITAL.
* AUTORIZACIÓN DEL PAGO DE BENEFICIOS AL MÉDICO: EN LA CONSIDERACIÓN DE LOS SERVICIOS RENDIDOS YO, EL PACIENTE QUE FIRMA, ASIGNA POR ESTE MEDIO Y TRANSFIERE IRREVOCABLEMENTE A USTED MI PROVEEDOR, MARK W. DOUBRAVA, M.D. TODOS LOS BENEFICIOS DEBIDOS, SEAN CONTRACTUALES, ESTATUTARIOS, O POR LEY COMÚN.
* CUALQUIÉR PRUEBA DE LABORATORIO QUE SE TOME EN LA OFICINA, SERÁ UNA CUENTA POR LADO DE EL LABORATORIO.
*CONSIENTO A CUALQUIER TRATAMIENTO MÉDICO QUE SEA MÉDICAMENTE NECESARIO POR EL PROVEEDOR. ENTIENDO QUE ESTOS TRATAMIENTOS SERÁN DISCUTIDOS CONMIGO Y TODAS MIS PREGUNTAS SERÁN CONTESTADAS A TIEMPO.
*ENTIENDO QUE EL DOCTOR DOUBRAVA LE COBRARÁ A MI SEGURO COMO CORTESÍA A MÍ: YO SOY FINANCIÉRAMENTE RESPONSABLE POR CUALQUIÉR Y TODOS LOS SERVICIOS RENDIDOS QUE NO SE PAGUEN EN 90 DÍAS DESPUÉS DE HABER MANDADO UN RECLAMO A MI SEGURO. SI ÉSTA CUENTA TIENE QUE SER ENTREGADA A UNA AGENCIA DE COLECCIONES, UN COBRO DE 40% SERÁ AGREGADO A CUALQUIER CANTIDAD ATRASADA. YO SOY RESPONSABLE DE PAGARLE Á CUALQUIER COMPAÑÍA DE COLECCIONES Y COBROS LEGALES PARA COMPLETAMENTE PAGAR LA DEUDA.
*PROCEDIMIENTO POR FALTA DE LLAMAR: SI FALTO A MI CITA, SI NÓ LLAMO PARA HACER OTRA CITA, O SI NÓ CANCELO LA CITA CON 24 HORAS DE ANTICIPACIÓN, YO TENDRÉ UN COBRO DE \$25.00.
*HAY UN COBRO DE \$25.00 POR CUALQUIER CHEQUE QUE SEA REGRESADO.
FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____