

GERIG SURGICAL ASSOCIATES, P.C.

FAVOR DE ESCRIBIR TODO EN LETRA DE MOLDE

Nombre(s) _____ Apellido _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono (____) _____ Celular (____) _____ Dirección Electrónica _____

SSN# _____ / _____ / _____ Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____ Sexo _____ Estado Civil _____

Pueden dejar información confidencial en el teléfono (circule) SI NO

Correo electrónico (Para portal de salud) _____

Preferencia para recordatorios: (Por favor marque las que correspondan) Correo de voz Email Texto

Idioma Preferido (si no es Espanol) _____

Raza/Etnica (Marque las que correspondan)

Caucásico Afroamericano Hispano Asiático Nativo Americano Isleño del Pacifico Nativo de Hawaii Desconocido Rechazar

Empleador del Paciente _____ Teléfono del Empleador (____) _____ Ext. _____

Enviado por el Dr. _____ **Médico Familiar** _____
Nombre Apellido Nombre Apellido

Nombre de la Farmacia _____ **Ciudad** _____

Nombre Clínica de Reposo _____ Teléfono(____) _____

Autorizo la liberación de mi información médica/registros a los siguientes:

Nombre	Relacion	# de telefono	CONTACTO DE EMERGENCIA?
			Si / No

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

Se tiene que presentar tarjetas de seguro y foto de identificación en el momento de la consulta.

Aseguradora Principal
Nombre del Poseedor de la Póliza _____
SSN# _____ / _____ / _____
Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____
Relación al Paciente _____

Aseguradora Secundaria
Nombre del Poseedor de la Póliza _____
SSN# _____ / _____ / _____
Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____
Relación al Paciente _____

Yo, por este medio, autorizo a Gerig Surgical Associates, P.C. a que compartan información sobre mi enfermedad y los tratamientos a las aseguradoras, y por este medio, asigno a los médicos todos los pagos por los servicios médicos suministrados a mí o mis dependientes. Autorizo a cualquier poseedor de información médica mía a que comparta la información necesaria a la administración de financiamiento de cuidado médico y a sus agentes, para poder determinar los beneficios o los beneficios pagaderos para servicios relacionados con mi tratamiento. Si se completa el artículo 12 del formulario de reclamación HCFA-1500, mi firma autoriza a que se comparta la información al asegurador o la agencia antes mencionada. Entiendo que soy responsable por los saldos pagaderos debido a deducibles, co-seguros o servicios no cubiertos por el seguro.

Firma _____ **Fecha** _____