

(847) 259-4122 • [www.ObGyneAssociates.com](http://www.ObGyneAssociates.com)

121 South Wilke Road, Suite 311 • Arlington Heights, IL 60005

Fax: (847) 259-7571

**Ob-Gyne Associates, SC**

The options, expertise & personal care you deserve



Acct. # \_\_\_\_\_

Today's Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ESCRIBA LETRA DE MOLDE:**

Apellido del Paciente \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Dirección Casera: Calle \_\_\_\_\_ Conveniente # \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Mes / día / año Número De Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Estado Civil: S C D

(\_\_\_\_)\_\_\_\_ - \_\_\_\_ (\_\_\_\_)\_\_\_\_ - \_\_\_\_ (\_\_\_\_)\_\_\_\_ - \_\_\_\_ (\_\_\_\_)\_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Número De Teléfono Casero Número De Teléfono Del Trabajo Número De Teléfono De la Célula Número Del Paginador

Farmacia de preferencia: \_\_\_\_\_ Número De Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección Del Email: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Contacto De la Emergencia: Nombre** \_\_\_\_\_ **Número De Teléfono:** \_\_\_\_\_

Trabajo del paciente : \_\_\_\_\_ Número De Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre Del Esposo / Padre : \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del esposo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Seguro Social del Esposo / Padre: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Yo, el paciente antedicho certifica por este medio que soy elegible para la cobertura del plan de la salud con el régimen de seguros mío/ de mi esposo. Certifico por este medio que estoy completamente enterado de las condiciones siguientes para mi seguro y pago el mirar.

**El pago, el co-insurance, o los co-pagos completos son debidos a la hora de servicio.**

Nuestra oficina mandará la cuenta a su compañía de seguros. Usted debe pagar cualquier co-pago a la hora de servicio.

Entiendo que pude haber solicitado la asistencia médica que no se puede cubrir por el régimen de seguros o se puede considerar médicamente innecesario para los servicios rendidos.

Entiendo que si no tengo cobertura o no soy elegible bajo términos del acuerdo de seguro del suscriptor, soy obligado para todas las cargas para los servicios rendidos y convengo la paga por completo hoy.

Entiendo que si recibo servicios sin la autorización apropiada de mi médico primario del cuidado, soy obligado para el pago adentro por completo hoy.

Entiendo que si doy la información incorrecta del seguro, debo pagar la cuenta adentro por completo en el plazo de 30 días.

Entiendo que si mi tarjeta del seguro no se ha publicado a la hora de servicio, debo pagar la cuenta adentro por completo a la hora de la visita.

Entiendo que si por cualquier razón mi cuenta va a una agencia de colección, usted puede y recogerá el honorario de colección además de mi equilibrio sin pagar.

Poniendo al día la información antedicha cada visita, convengo los términos antedichos.

Firma \_\_\_\_\_