



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 _____