

DIGESTIVE MEDICINE ASSOCIATES

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre:		Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Fecha de Nacimiento: ____/____/____		No. Seguro Social: ____-____-____	
Direccion:		Apt No./Suite:	
Ciudad:	Estado:	Zip Code:	
Telefono: ()		Celular: ()	
Correo Electronico:			
Idioma:		Raza:	Origen Etnico:
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>			
Empleador:		Tel: ()	
Medico de Referencia:		Tel: ()	
Razon de Visita:			
Contacto de Emergencia:		Tel: ()	

INFORMACION DEL SEGURO

Seguro Primario:		Tel: ()	
Nombre del Asegurado:		Fecha de Nacimiento: ____/____/____	
No. de Poliza:	No. de Grupo:	Fecha Efectiva:	
Seguro Secundario:		Tel: ()	
Nombre del Asegurado:		Fecha de Nacimiento: ____/____/____	
No. de Poliza:	No. de Grupo:	Fecha Efectiva:	

AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE MI HISTORIA MEDICA: Autoizo que mi compania de Seguro(s) le pague directamente a Digestive Medicine Associates los beneficios que me corresponden. Autorizo ademas, previa solicitud oral o escrita, la Divulgacion de mi historia medica requerida por mi seguro o cualquier otro proveedor de salud involucrado en mi tratamiento medico. Una copia de este conocimiento puede ser usada en lugar del original. A quien tenga custodia de informacion medica sobre mi, autorizo tambien a entregar al Social Security Administration y al Health Care Financing Administration, a sus intermediaries y representantes, cualquier informacion necesaria en conexicon con esta o otra reclamacion al Medicare.

Entiendo que soy enteramente responsable por el pago de todos cargos que no sean pagados por la compania de seguros. Entiendo ademas, que sere totalmente responsable por el pago de todos los gastos generados al tratar de recaudar cuentas atrasadas, incluyendo gastos de Corte y honorarios razonables de abogados, y que esas cuentas atrasadas seran sujetas a un interes de dieciocho por ciento (18%) anual a partir de la fecha inicial de la facture.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____