

Formulario de Registro

Fecha _____ Teléfono Casa _____

Fecha de nacimiento _____ Teléfono Celular _____

Correo Electrónico _____

Nombre del paciente _____
Apellido _____ Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Seguridad Social _____ Edad _____ Estado Marital _____

Raza _____ Sexo Masculino Femenino

Contacto de Emergencia _____ Relación _____ Teléfono _____

Empleador del paciente _____ Ocupación _____

Dirección del trabajo _____ Teléfono _____

Lo podemos llamar al trabajo? Sí No

Nombre del esposo/a (o del adulto responsable si es menor de edad) _____ # de seguridad social de su conyuge _____

Empleador del esposo/a _____ Teléfono del trabajo _____

Empleador de su esposo(a) _____ Dirección _____

Fecha de nacimiento del esposo/a _____

Tiene seguro médico? Si No Nombre del seguro _____

Cuanto es su co-pago? _____ Deducible _____ Co-aseguraza _____

Nombre del seguro secundario (si tiene) _____

Como se enteró de nuestro consultorio? _____

ASIGNACIÓN DEL SEGURO

Yo tengo seguro médico con _____ y le asigno directamente a Abramovitz Internal Medicine todos los beneficios por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable de pagar la cuenta sea o no pagada por mi seguro médico. Autorizo al doctor para que pueda compartir toda la información médica que sea necesaria para obtener el pago de los beneficios. Autorizo el uso de mi firma en todas las comunicaciones con el seguro médico.

Firma del asegurado o guardián (en caso de un menor de edad)

Fecha

Autorización para Medicare

Pido que todos los pagos de los beneficios autorizados por Medicare sean hechos o a mi o en mi nombre a Abramovitz Internal Medicine por los servicios médicos prestados. Autorizo para que se comparta mi información médica con "Health Care Financial Administration" (la Administración financiera del Cuidado de la Salud) y sus agentes la información médica que sea necesaria para determinar estos beneficios.

Entiendo que mi firma pide que el pago sea hecho y autoriza que se comparta la información médica necesaria para pagar la reclamación del seguro. Si en el ítem #9 de el formulario HCFA-2500 se indica "otro seguro médico" o en otro lugar en otro formulario ya sea mandado electrónicamente o no mi firma autoriza que se comparta la información con el asegurador o con la agencia mostrada en casos asignados a Medicare el médico está de acuerdo en aceptar la determinación de Medicare acerca de el pago y el paciente es responsable solamente por el deducible, co-pago o por los servicios no cubiertos. La co-aseguraza y el deducible seran basados en el cobro y determinación de Medicare.

Firma del asegurado

Fecha