

FRONT RANGE – OIDOS, NARIZ, Y GARGANTA, AUDIOLOGÍA Y ALERGIA

Información Personal (Paciente)

Fecha de Hoy: _____ # de Cuenta _____ # Seguro Social: _____

Primer Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Calle Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Estado Marital: _____

Género Masculino Femenino

¿Podemos dejar información es su contestadora de teléfono o en su correo de voz? Sí No

Número de Tel. (Casa): _____ Correo Electrónico: _____

Número de Tel. (celular): _____ Número de Tel de Trabajo: _____

Persona de contactar (llamar) en caso de emergencia: _____

Relación con el/la paciente: _____ Número de teléfono: _____

Pacientes Menores de edad:

Nombre de Padres/Guardianes: _____

¿Quién lo recomendo?

Médico Familiar Amigo Libro de Teléfonos Compañía de Aseguración Otro _____

Nombre del doctor que lo envió: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del doctor Familiar: _____ Número de teléfono: _____

Asegurancia E Información de Guardian: *Por favor presente su tarjeta/s de asegurancia a la recepcionista. Por favor de información completa.*

Asegurancia Primaria: _____ Persona Asegurada: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Relación con el/la Paciente: Paciente Esposo/a Hijo/a Otro

de Póliza: _____ # de Grupo: _____

Lugar de Trabajo: _____ # Seguro Social: _____

Asegurancia Secundaria: _____ Persona Asegurada: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Relación con el/la Paciente: Paciente Esposo/a Hijo/a Otro

de Póliza: _____ # de Grupo: _____

Lugar de Trabajo: _____ # Seguro Social: _____

Si su visita esta relacionado por haberse lastimado en su trabajo o por accidente de auto – por favor

provee la información siguiente: ¿Fecha que se lastimo? _____ # de expediente: _____

Persona con quien comunicarse: _____ Número de Tel. _____

Noticia Acerca de Reclamaciones/Pagos de Asegurancia: Si estamos archivando una asegurancia para su visita, necesitamos obtener una información completa y una referencia si es necesaria para su visita. Si usted no puede proveer esta información, nosotros no podremos archivar su asegurancia, y un pago por completo será requerido.

Pagos a sus cargos no pueden ser determinados hasta que sean entregados a la compañía de asegurancia. Los pagos serán basados por su plan de salud individual, y la cantidad aplicada a su plan deducible y o co-asegurancia será su responsabilidad. Procedimientos que son excluidos de su asegurancia basados por su plan de salud – también serán su responsabilidad. El co-pago de la visita a la oficina es pagadero al tiempo de su visita, y en muchos casos cubre solo la visita de la oficina. Cualquier procedimiento que sea ejecutado será considerado como cirugía por su asegurancia, y habrá deducibles o co-asegurancia que serán ejercidos.

Para todos los pacientes, el pago es un requisito al tiempo del servicio. Le daremos la documentación necesaria para que obtenga un reembolso de su asegurancia si es necesario.

He leído toda la información escrita arriba y entiendo que yo soy responsable de los pagos por los servicios recibidos.

Firma del/la Paciente/ Guardian

Fecha

Persona Responsable: _____ Fecha de Nacimiento: _____ # Seguro Social: _____