



DYNATEST, INC.

Demographic Information

Nombre del Paciente: _____ **SS#** _____ - _____ - _____

Fecha De Nacimiento: ____ / ____ / ____ **Sexo:** Masculino/Femenino **Estado Civil:** Casado/Soltero

Dirección : _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

Numero De Telefono: _____ Casa/Celular

Correo Electronico: _____

***proporcionando su correo electrónico sera automaticamente inscrito para recibir recordatorios de citas, estado de cuenta mensual por correo electronico de nuestro proveedor WEBPT. (Se enviaran estados de cuenta trimestral por correo).*

Toda pregunta sobre su seguro, estado de cuenta o arreglos financieros pueden ser atendidos por Sandy, nuestra especialista de seguros.

Contacto De Emergencia: _____

Numero De Telefono: _____

Relación: _____

Descripción del empleador y ocupación: _____

Dirección _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Codigo Postal** _____

Número De Teléfono: _____ **Supervisor:** _____

Seguro Primario: _____ **Seguro Secundario:** _____

Numero De Poliza: _____ **Numero De Poliza:** _____

Persona Responsable: _____ **Persona Responsable:** _____

Fecha De Nacimiento: ____ / ____ / ____ **Fecha De Nacimiento:** ____ / ____ / ____

Medico Actual: _____ **Numero De Telefono:** _____

Fecha de la ultima visita: ____ / ____ / ____

Por la presente autorizo a Dynatest, Inc. a divulgar la información solicitada por mi compañía de seguros y/o la compañía de seguros del empleador.

Por la presente asigno el pago de cualquier seguro estatal/federal, comercial o relacionado con el empleador a Dynatest, Inc. que, de lo contrario, sea aplicable a mí, pero que no exceda sus cargos. Entiendo que soy financieramente responsable ante Dynatest, Inc. por los servicios prestados. También entiendo que soy financieramente responsable ante Dynatest, Inc. de los cargos no cubiertos/autorizados por mi seguro y/o la compañía de seguros del empleador. Yo entiendo que independientemente del tipo de seguro que tengo, algunos servicios que recibo pueden no estar cubiertos por mi plan. Entiendo que si recibo un servicio no cubierto por mi seguro seré responsable del pago.

Entiendo que mi firma a continuación indicará que la información proporcionada es precisa, así como estoy de acuerdo con lo de arriba.

Firma Paciente/Persona Responsable: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

(Si el paciente es menor de edad, debe estar firmado por la persona responsable)