

INFORMACION DEL PACIENTE

Appt date _____

Account # _____ Sexo _____ Estado Civil _____
Apellido _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Nombre _____ Inicial _____ Seguro Social _____
Domicilio _____ Numero de Telefono _____
Ciudad, Estado, Codigo _____ Telefono Movil _____
Empleador _____ Doctor que lo Refirio _____
Direccion _____ Direccion _____
Ciudad, Estado, Codigo _____ Ciudad, Estado, Codigo _____
Telefono de Trabajo _____ Telefono _____

RESPONSABLE

Account # 9087 Relacion de Paciente al Garantizador
Apellido _____ Sexo _____ Estado Civil _____
Nombre _____ Inicial _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Domicilio _____ Seguro Social _____
Ciudad, Estado, Codigo _____ Telefono _____
Empleador _____ Telefono/Trabajo _____
Direccion _____
Ciudad, Estado, Codigo _____

INFORMACION DE ASEGURANZA

Aseguranza Primaria Responsable de Polisa _____
Direccion _____ Numero de Polisa _____
Ciudad, Estado, Codigo _____ Grupo _____
Telefono _____ Fecha De Nacimiento _____
Dia Efectivo _____ -- Relacion de Paciente al Responsable de Polisa
Cantidad de Copago _____
Aseguranza Secundaria Responsable De Polisa _____
Direccion _____ Numero de Polisa _____
Ciudad, Estado, Codigo _____ Grupo _____
Telefono _____ Fecha de Nacimiento _____
Dia Efectivo _____ -- Relacion de Paciente al Responsable de Polisa
Cantidad de Copago _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre _____ Telefono _____
Relacion _____ Telefono/Trabajo _____
Direccion _____ Telefono Movil/Pager _____

AUTHORIZE TO RELEASE INFORMATION AND ASSIGNMENT OF MEDICAL BENEFITS

Yo autorizo pagos de beneficios medicos a G&K Medical Associates P.C por cualquier tratamiento medico de _____
sin tener que obtener mi firma para cada uno de los cobros sometidos a mi aseguranza medica. Mi firma ser
como si yo personalmente estuviera firmando el cobro. autorizo tambien discutir cualquier tipo de record medi
por todos los cargos medicos que la aseguranza no pague. Si esta cuenta es referida a una agencia de colec
cobros de coleccion y/o cobros legales.

Firma _____

Fecha _____