

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 \_\_\_\_\_