

CIRUJANOS ESPECIALISTAS PARAGON
INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre _____
(Apellido paterno) (Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido materno)

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono de la casa _____

No. de Seguro Social _____ Estado Civil (Escriba un círculo) Soltero/a - Casado/a - Viudo/a - Divorciado/a

Fecha de Nacimiento _____ Hombre - Mujer (Escriba un círculo)

Número celular _____ Correo electrónico _____

Compañía o persona para quien trabaja _____ Teléfono del trabajo _____

Dirección _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA	INFORMACION DEL ASEGURADO
Cónyuge/Pariente más cercano (Otro) _____ (Escriba un círculo)	Compañía para quien trabaja el asegurado _____
Compañía o persona para quien trabaja _____	Nombre del asegurado _____
Dirección _____	Fecha de nacimiento del asegurado _____
Teléfono del trabajo _____	No. de seguro social del asegurado _____
Celular _____	

¡LOS DEDUCIBLES Y CO-PAGOS SE DEBEN PAGAR AL MOMENTO DE LA VISITA! ESTO TAMBIEN INCLUYE COSTOS DE CIRUJIA. SI NO ESTAMOS CONTRATADOS POR SU COMPAÑIA DE SEGURO, EL PAGO TOTAL SE DEBE PAGAR AL MOMENTO DE LA VISITA. A manera de cortesía, nosotros procesaremos su reclamación para su reembolso.

Pagaré mi visita con Efectivo _____ Cheque _____ Tarjeta de crédito _____

PACIENTES CON SEGURO MEDICO MEDICARE: Su deducible y co-pagos se deben pagar al momento de la visita, al menos que usted pueda probar que ha pagado su deducible correspondiente y que usted tiene cobertura adicional para sus co-pagos.

PACIENTES CON SEGURO MEDICO MEDICAID: Usted debe mostrar una copia de su tarjeta actual para poder ser atendido. Los co-pagos se deben pagar al momento de la visita. Los co-pagos de hospital se deben pagar en su primera visita después de su hospitalización.

COMPENSACION POR ACCIDENTE DE TRABAJO: Usted debe mostrar un número de reclamación y el número de teléfono de la compañía o persona para quien trabaja. Nosotros llamaremos a la compañía o persona para quien trabaja para verificar la validez de su reclamación.

➔ Firma _____ Fecha _____
(Paciente)

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD: Yo, _____, Padre con custodia/Guardián legal de _____ a través de la presente, doy permiso a CIRUJANOS ESPECIALISTAS PARAGON para tratarlo/a. Acepto mi obligación de saldar el costo de dichos tratamientos.

Firma _____ Testigo _____ Firma _____ Padre con custodia/Guardián legal

AUTORIZACION PARA PARA PROVEER INFORMACION A LA COMPAÑIA DE SEGURO: (Para poder procesar su seguro, usted debe firmar y fechar ésta autorización.

A través de la presente, autorizo a CIRUJANOS ESPECIALISTAS PARAGON para proveer cualquier información médica u otra que sea necesaria para procesar mis reclamaciones de seguro. Además, autorizo el pago de beneficios médicos a CIRUJANOS ESPECIALISTAS PARAGON por mis visitas. Entiendo que ésta autorización permite que se provee toda la información de mi expediente, incluyendo información respecto a cualquier problema de dependencia química y/o al tratamiento y pruebas de VIH. Además entiendo que yo puedo revocar ésta autorización por escrito en cualquier momento.

➔ Fecha _____ Padre/Guardián _____