

Información del Paciente **IMPRIMA CLARAMENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

# de Tel: \_\_\_\_\_ Celular : \_\_\_\_\_ #Trabajo: \_\_\_\_\_ ext \_\_\_\_\_

Correo electronico \_\_\_\_\_

**FdN**

: \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_ Estado Civil: S \_\_\_ C \_\_\_ D \_\_\_ V \_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Idioma preferido: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Origen étnico: \_\_\_\_\_

**Tutor/Padre:** \_\_\_\_\_ FdN \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

(Si el paciente es menor de edad)

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

# Tel: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ ext \_\_\_\_\_

Referida por: \_\_\_\_\_ Dr /Amigo/a/Website /Web Search/otro \_\_\_\_\_

**Contacto Emergencia:** \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

(No viviendo con usted)

# de Tel: \_\_\_\_\_ Celular : \_\_\_\_\_ #Trabajo: \_\_\_\_\_ ext \_\_\_\_\_

**Empleo:** \_\_\_\_\_ # de Tel: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

**Aseguranza Médica**

**Primaria**

**Nombre de seguro:** \_\_\_\_\_ # de Tel: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ FdN: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

# de Póliza: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ #de Caso: \_\_\_\_\_

Ajustador: \_\_\_\_\_ #de Tel: \_\_\_\_\_ ext: \_\_\_\_\_

**Secundario**

**Nombre de seguro:** \_\_\_\_\_ # de Tel: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ FdN: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

# de Póliza: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ #de Caso: \_\_\_\_\_

Ajustador: \_\_\_\_\_ #de Tel: \_\_\_\_\_ ext: \_\_\_\_\_

Lawson C Richter, MD hará cada esfuerzo de mandar la cuenta todo el seguro disponible para usted con la condición que la información completa y correcta ha sido proporcionada por usted a la hora de la visita inicial. Si todo el seguro no se divulga a la hora de la visita inicial entonces usted renuncia la derecha de utilizar cualquier seguro médico disponible para el abastecedor de servicio a usted. Certifico que la información antes dicha es verdadera y correcta a mi mejor conocimiento. Notificaré la oficina de cualquier cambio de mi estado de salud de la información antes dicha. Autorizo por este medio que los pagos de mi seguro se hagan directamente al médico y entiendo que soy responsable financieramente de cada uno de los servicios no cubiertos. En caso de los proceso de colección debido a falta de pago de mi parte, acuerdo pagar cualquier y todos los honorarios de colección, los honorarios del abogado, de interés y costos de la corte que se pueden agregar a mi cuenta para recuperar el dinero debido a Lawson C Richter, MD. También autorizo al médico y/o a el seguro/s para lanzar cualesquiera y toda la información requeridos en el proceso de mis demandas.

Firma Paciente/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_