

PATIENT INFORMATION

PACIENTE			# de Cuenta _____
SRA./SRITA	APELLIDO _____	PRIMERO _____	INC. _____
# de tel. Casa: () _____	# de Celular: () _____	# de Trabajo: () _____	
SEXO - F / M-SS# _____	FDN _____	EDAD _____	# de LICENCIA# _____
DOMICILIO DE CORREO	CALLE _____	CIUDAD _____	POSTAL _____
DOMICILIO DE CASA	CALLE _____	CIUDAD _____	POSTAL _____
EMPLEADOR: _____	DOMICILIO _____		
ESPOSO: _____	EMPLEADOR: _____	# de Cell./Trabajo _____	
SEXO - F / M-SS# _____	FDN _____	EDAD _____	# de LICENCIA# _____

CONTACTO de EMERGENCIA: (FAMILIA o AMIGO LOCAL)		
NOMBRE: _____	DOMICILIO: _____	TELEFONO: _____

RECOMENDADA POR: _____	SU DOCTOR PRIMARIO ES: _____
------------------------	------------------------------

PERSONA RESPONSABLE POR LOS PAGOS: (DE QUIEN ES EL SEGURO?)			
SR./SRA./SRITA	APELLIDO _____	PRIMERO _____	INC _____
SEXO - F / M-SS# _____	FDN _____	EDAD _____	# de LICENCIA# _____
DOMICILIO DE CORREO	CALLE _____	CIUDAD _____	POSTAL _____
EMPLEADOR: _____	DOMICILIO _____		# de Trabajo: _____

SEGURO MEDICO			
PRIMARIO	NOMBRE: _____	# de POLICA: _____	SUSCRITOR: _____
	DOMICILIO: _____		
SECUNDARIO	NOMBRE: _____	# de POLICA: _____	SUSCRITOR: _____
	DOMICILIO: _____		
# de MEDICARE: _____	# de MEDICAID: _____		

POR FAVOR LEA Y FIRMA LO SIGUIENTE:
Por favor, recuerde que la aseguranza es considerada un metodo de reembolsar al paciente por los honorarios pagados al doctor y no sustituye los pagos de paciente directamente al doctor. Alguna companias pagan asignaciones fijas por ciertos procedimientos y otras pagan un porcentaje del cobro. Es su reposabilidad pagar cualquier total que se aseguranza no pague.

EL PAGO ES DEBIDO CUANDO SERVICIOS SON RENDIDOS.

Yo asigno directamente todos los beneficios medicos a: **SUNWEST GYN. ASSOCIATES** y comprendo que soy responsable financieramente por todos los cobros aunque mi aseguranza pague o no. Yo por este medio autorizo al doctor para que revele toda la informacion necesaria para asegurar los pagos de los beneficios. Ademas estoy de acuerdo aue una fotocopia de este documento es tan valida como el original.

Entiendo aún más que hay un \$25,00 honorario si fallo de notificar la oficina de una cancelación 24 horas antes de mi cita.

FIRMA: _____	FECHA: _____
--------------	--------------