

PATIENT INFORMATION

Name (last, first, middle initial) <i>Nombre (familia, primero, segundo)</i>		Age <i>Edad</i>	Date of Birth <i>Fecha de nacimiento</i>
Street Address <i>Domicilio</i>		City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>
Home phone <i>Teléfono de su casa</i>		Work <i>Trabajo</i>	Cell <i>Celular</i>
Employer /School Name <i>Nombre de Empleado /Escuela</i>		Occupation <i>Ocupado</i>	
Social Security Number <i>Numero de Seguridad Social</i>		Driver's License Number <i>Numero de Licencia</i>	
Marital Status: Single Married Divorced Widowed <i>Estado civil: Soltera Casada Divorciado Viuda</i>		Name of Spouse or Parent - <i>Nombre de Esposo o Padre</i>	
Emergency Contact Name <i>Persona a quien notificar en caso de emergencia</i>		Relationship <i>Relación a usted</i>	Telephone <i>Teléfono</i>
Whom may we thank for referring you to our office? <i>A quien le agradecemos que la hayan referido a nuestra oficina?</i>			
Primary Care Physician <i>Medico de Cabecera/General</i>		Telephone <i>Teléfono</i>	Address <i>Dirección</i>

PRIMARY INSURED INFORMATION

Name/Relationship <i>Nombre/ Relación a usted</i>		Date of Birth <i>Fecha de nacimiento</i>	Social Security Number <i>Numero de Seguridad Social</i>	
Street Address <i>Domicilio</i>		City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>	Zip Code <i>Código postal</i>
Home phone <i>Teléfono de su casa</i>		Work <i>Trabajo</i>	Cell <i>Celular</i>	
Employer Name and Address <i>Nombre y dirección de sitio de su empleo</i>				
Insurance Name <i>Nombre de Compañía de Aseguranza</i>		Insurance Address <i>Dirección de Compañía de Aseguranza</i>		
Insurance ID Number <i>Numero de identificación</i>		Group Number <i>Numero de Grupo</i>		

INSURANCE SIGNATURE AUTHORIZATION / PAYMENT TERMS

Autorizamente para Seguro Medico / Terminos de Pago

I authorize release of any information for the purposes of treatment, payment and other healthcare operation (TPO) concerning my (or my child's) healthcare. I also hereby authorize payment of insurance benefits otherwise payable to me directly to the doctor. We will bill your insurance company as a courtesy; however, you are responsible for the bill whether or not your insurance pays. Co-pays will be paid at the time of service or the visit will have to be rescheduled, in accordance with our Financial Policy. You can pay with cash, check, or credit/debit card. An 18% finance charge will be applied to all patient responsibility account balances after 60 days delinquent. It is your responsibility to check with your insurance company to verify that we are participating providers of your health plan and type of service prior to services rendered.

Yo autorizo hacer disponible cualquier información necesaria par propósito de tratamiento, de pago ocualquier otro necesidad para ml cuidado médico. Tambien autorizo pago de beneficios de ml seguro medico pagados directamente al médico. Nosotros mandavemos a cobrar a su seguro medico, pero usted es responsable por cualquier cantidad que su seguro no le cubra "copays" serán pagados al momento de la visita, si no su visita tendrá que ser pospuesta a otro día. Usted puede pagar cash, cheque, a tarjeta de crédito. Un sobre cargo de 18% será aplicado a la cantidad que debe. Es su responsabilidad verificar con su seguro que el médico participa con su plan.

I have read and understand the above information and agree to these terms presented.
Yo he leído y entiendo la información presentada y acepto estos términos.

Patient / (Parent) Signature *Firma* _____ Date *Fecha* ____/____/____

We do riot bill secondary insurance except for Medicare patients. If you have Medicare, please request another form.
No mondamos cobras a seguros secundarios excepto para los pacientes con Medicare. Si usted tiene Medicare, par favor pida otra formulario.