

Estamos contratados con varias aseguranzas locales, cual se requiere apropiada referencia. ES LA RESPONSABILIDAD DE EL PACIENTE DE OBTENER ESTA REFERENCIA. Si es atendido sin la autorizacion necesaria y elegibilidad, Usted va a ser responsable por cualquier cobro incurrido.

Favor de imprimir y llenar esta forma

Informacion del Paciente

Nombre: _____

Domicilio Local: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo: _____

Fuera del Estado
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo: _____

Telefono: _____ Telefono
Celular: _____ Sexo: M ___ F ___ Estado Civil: C ___ S ___ V ___ D ___

Fecha
De Nacimiento _____ Nombre de Esposo/a o Padres: _____

En Caso de Emergencia _____ Tel: _____ Relacion: _____

Domicilio: _____

Informacion del Trabajo

Ocupacion: _____ Empleo: _____

Telefono: _____

Domicilio _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo: _____

Farmacia Preferida

Nombre de Farmacia: _____ Locacion: _____ Tel: _____.

Informacion de Aseguranza

Se va a hacer copias de tarjetas de seguro(s), pero la siguiente informacion debe completarse

Aseguranza Primaria

Aseguranza Secundaria

Nombre de Compania: _____	Nombre de Compania: _____
Domicilio de Co.: _____	Domicilio de Co.: _____
Asegurado Nombre: _____	Asegurado Nombre: _____
Fecha de Nacimiento _____	Fecha de Nacimiento _____
Relacion del paciente: _____	Relacion del paciente: _____
Empleo del Asegurado: _____	Empleo del Asegurado: _____
Poliza #: _____ Grupo # _____	Poliza #: _____ Grupo # _____
Esta cubierto por un Senior HMO ☐ Si ☐ No	Esta usted cubierto por Medicare ☐ Si ☐ No
Tiene usted Tricare por vida ☐ Si ☐ No	
Tiene usted otra Aseguranza ☐ si ☐ No	If yes: _____

Doctor Primario: _____ **Telefono:** _____ **Doctor que lo refirio:** _____

Asignacion y liberacion: Por este medio yo autorizo a Catalina Pointe Arthritis & Rheumatology Specialists PC, en liberar informacion medica requerida en el curso de mi examinacion o tratamiento a cualquier medico(s) tratandome y para proposito de reclamos a la aseguranza. Yo autorizo pagos de beneficios medicos a Catalina Pointe Arthritis & Rheumatology Specialists PC, por servicios arrendados. Yo entiendo que soy responsable de todos los cargos no cubiertos por mi aseguranza medica. En adicon, Soy responsable por cualquier cantidad de deducible, co-pagos, y co-aseguranza. Yo tambien entiendo que si mi cuenta llegara a ser enviada a coleccion, Yo soy responsable de todas las cuotas acumuladas por las agencias de coleccion, costos de cortes, o cuotas de abogado.

Esto puede hacer liberado por fax.

Firma: _____

Fecha: _____