



INFORMACION DEL PACIENTE PARA REGISTROS MEDICOS

Nombre _____
 Domicilio _____
 Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
 Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
 SS# _____
 Numero de telefono en casa () _____
 CELLULAR () _____
 Empleador _____
 Domicilio _____
 Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
 Telefono del trabajo () _____
 Ocupacion _____

ESPOSO/A PADRE INFORMACION

Nombre _____
 (Esposo/Padre) (Madre)
 Direccion _____
 Ciudad _____
 Fecha de Nacimiento _____
 SS# _____
 Numero de telefono en casa () _____
 CELLULAR () _____
 Empleador _____
 Direccion _____
 Ciudad _____
 Telefono del trabajo () _____
 Profesion _____

Hombre mujer Estudiante: De tiempo Medio Tiempo
 Soletero/a Casado/a Viudo/a QUE PADRE/MADRE CONDUCE EL SEGURO PRIMARIO? _____

SU ASEGURANSA REQUIERE AUTORIZACION ANTES DE VER UN ESPECIALISTA Si NO

Tiene pre-pago con asegupanza? Si NO - Copago \$ _____

Quin lo mando a esta oficina? _____ Primario Cuidado Medico: _____

Por visual identificacion nosotros fotografiamos nuestro paciente, Agradar comprobar aunque tu hacer no querer este hecho
 Yo doy autorizacion para que le pagen directamente a Arthroscopic Surgery Associates todos los beneficios, medicos y de cirugia de otro modo pagados a mi por servicios [proveidos. Doy autorizacion al doctor de revelar toda la informacion necesaria para asegurar el pago de los beneficios.

FIRMA: _____ RELACIONES _____ FECHA _____

PRIMARY INSURANCE

BILLING INFORMATION

SECONDARY INSURANCE

PLAN NAME _____
 BILLING ADDRESS _____
 CITY _____ STATE _____ ZIP _____
 GROUP # _____
 SUBSCRIBER # _____
 EFFECTIVE DATE _____
 INSURED NAME _____

PLAN NAME _____
 BILLING ADDRESS _____
 CITY _____ STATE _____ ZIP _____
 GROUP # _____
 SUBSCRIBER # _____
 EFFECTIVE DATE _____
 INSURED NAME _____
 DOI _____ BODY PART _____

WORKERS' COMPENSATION INSURANCE INFORMATION

INSURANCE NAME _____
 ADDRESS _____
 CITY _____ STATE _____ ZIP _____
 PHONE () _____
 ADJUSTER _____
 PHONE () _____
 FAX () _____
 NCM _____
 PHONE () _____
 FAX () _____

EMPLOYER AT TIME OF INJURY _____
 ADDRESS _____
 CITY _____ STATE _____ ZIP _____
 PHONE () _____
 DOI _____
 CL# _____
 BODY PART _____
 INT. NEEDED? YES NO PHONE _____
 NAME OF AGENCY _____
 RECEPTIONIST INITIALS _____