

SOUTHEAST TEXAS EAR, NOSE AND THROAT, L.L.P.

Bienvenido a nuestra oficina

Fecha _____ Dr. que le atiende hoy _____ Dr. que le envía aquí _____

Patient Name (Last) _____ (First) _____ (M) _____

Prefiera el nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Soc Sec # _____ Hombre Mujer

Raza - Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Africano Americano Declinado Nativo de Hawai/Islands del Pacífico Otra raza Desconocido Blanco

Origen étnico - Declinado Hispano o latino No hispano o latino Desconocido

Estado civil _____ Idioma principal - Inglés Español Declinado Otro _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono: Casa(____) _____ - Trabajo(____) _____ - Móvil(____) _____

Email _____

Empleador _____ Teléfono (____) _____

Contacto de emergencia que no vive con usted _____

Relación _____

Teléfono de casa del contacto (____) _____ Teléfono alternativo del contacto(____) _____

Partes asociadas - Sólo necesita completar esta sección:

Si el Paciente es menor de edad debe incluir información sobre la Madre, Padre, Tutor, Padrastro, etc.

Si el paciente no es el asegurado (la persona que tiene el plan de seguro) proporcione la información de esa persona

1) Relación con el paciente _____

Name (Last) _____ (First) _____ (M) _____

Nombre preferido _____ Fecha de nacimiento _____ Soc Sec # _____

Hombre Mujer

Estado civil _____ Idioma principal - Inglés Otro _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono: Casa(____) _____ - Trabajo(____) _____ - Móvil(____) _____ -

Fax(____) _____ - Pager(____) _____ - Email _____

2) Relación con el paciente _____

Name (Last) _____ (First) _____ (M) _____

Nombre preferido _____ Fecha de nacimiento _____ Soc Sec # _____

Hombre Mujer

Estado civil _____ Idioma principal - Inglés Otro _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono: Casa(____) _____ - Trabajo(____) _____ - Móvil(____) _____ -
Fax(____) _____ - Pager(____) _____ - Email _____

1ª Compañía de Seguros _____ Titular de la póliza

2ª Compañía de Seguros _____ Titular de la póliza

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar esta reclamación o proporcionar atención médica continua a un médico/centro de referencia. Autorizo el pago de los beneficios médicos y quirúrgicos a Southeast Texas Ear, Nose and Throat, LLP. Estoy de acuerdo en ser responsable de cualquier pago no pagado por mi seguro debido a la falta de referencia, deducible, co-seguro, condición pre-existente, etc. Doy mi consentimiento a todos los servicios, tratamientos y procedimientos de diagnóstico ordenados por mi médico. Notificaré a la oficina de cualquier cambio de seguro antes del tratamiento o la cirugía. Esta autorización seguirá siendo válida hasta que la revoque mediante notificación escrita.

X _____

Firma del paciente/parte responsable Fecha

(SÓLO PUEDE FIRMAR EL PACIENTE MAYOR DE 18 AÑOS, PADRE O TUTOR LEGAL) 1/2014