

Ear, Nose & Throat Associates of Corpus Christi

INFORMACION DEL PACIENTE

Para ser llenado por el paciente en el momento de la cita

Apellido Nombre _____

Primero Nombre _____

Segundo Nombre _____

La Dirección _____

Dirección Postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

De Teléfono en Casa _____ # De Celular _____

De Teléfono del Trabajo _____ Ext. _____

Fecha de Nacimiento _____

De Seguro Social _____

Estado Civil _____

Sexo: Hombre Mujer

POR FAVOR CIRCULO:

Preferir Mensajes: De la Mañana

De la Tarde

RAZA: Asiático-Nativo de Hawái-Blanco-Hispano
Otro-Negro/Afroamericano-Se Niego a Reportar

ETNICIDAD: Hispano o Latino

No soy Hispano o Latino

Se Niego a Reportar

Nombre Del Empleador _____

Dirección Del Empleador _____

Médico de Atención Primaria _____

Médico de Referencia _____

INFORMACION DEL INDIVIDUO RESPONSABLE

(SI EL PACIENTE ES UN MENOR DE EDAD)

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

La Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

De Teléfono _____

De Seguro Social _____

Relación con Paciente _____

ASEGURADO de POLIZA
(SI ES DIFERENTE DE PACIENTE)

Nombre _____

La Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

De Seguro Social _____

De Teléfono _____

Nombre Del Empleador _____

Relación con Paciente _____

CONTACTO de EMERGENCIA

Nombre _____

La Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Relación con Paciente _____ HIPAA Y N

De Teléfono _____

LA FARMACIA _____

CORREO ELECTRONICO _____
(VER ESPALDA DE FORMA)

1. COMPAÑÍA DE SEGURO: _____

La Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

De Grupo: _____ # De Póliza: _____ # De Identificación de Miembro: _____

2. COMPAÑÍA DE SEGURO: _____

La Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

De Grupo: _____ # De Póliza: _____ # De Identificación de Miembro: _____

Asignación de Beneficios del Seguro: En el caso que el firmante tiene derecho a beneficios de cualquier tipo como parte de cualquier paciente de cobertura de póliza de seguro o un tercero responsable al paciente, dijo beneficios quedan asignados a ENTA para aplicación a cuenta del paciente. El abajo firmante será responsable de cualquier y todos los cargos no cubiertos por una póliza de seguros o pólizas.

Acuerdo Financiero: El abajo firmante se compromete, si firma como un paciente o un agente, que en la consideración de los servicios a ser prestados al paciente, él o ella presente individualmente obliga a sí mismo para pagar el saldo pendientes después de la reasignación y pago de beneficios de seguro. Debe referir la cuenta a una agencia externa para la colección, el abajo firmante gastos de colecciones razonables o abogado. En caso de pago en efectivo por servicios o si el paciente es por pagar, pago completo es debido al tiempo se prestan los servicios.

Liberación de la Información: Letras de ENTA pueden revelar todo o cualquier parte del registro del paciente a cualquier persona natural o jurídica que sea o pueda ser responsable bajo un contrato con ENTA, al paciente o a un miembro de la familia o el empleador del paciente para todos o parte de los cargos de ENTA, incluyendo pero no limitado a: hospital o servicio médico de empresas, compañías de seguros, compañías de compensación del trabajador, fondos de bienestar o asistencia pública, fundaciones privadas u organizaciones benéficas o del paciente o del fiador empresario/s. ENTA deberá cumplir con la Ley Federal de privacidad y HIPAA y no divulgarán información paciente a personas no autorizada para recibir dicha información bajo estas regulaciones.

Testifico que la información que he proporcionado a ENTA es verdadera y exacta y estoy de acuerdo en los términos señalados anteriormente.

Paciente o firma garante (tutor si pacientes menores de 18 años)

FECHA