

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de hoy: Apellido Primer Nombre Segunda Inicial (Nombre Preferido)

Sexo: M / F Fecha de Nacimiento: ____/____/____ SS# ____-____-____

Teléfono (Casa): _____ (Trabajo): _____ Cel: _____ E-mail _____

Dirección: _____

Calle # de Apartamento

Ciudad Estado Código postal Empleador

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O PARTE RESPONSABLE

Lo siguiente es para: el/la cónyuge del paciente la persona responsable por el pago

Nombre: _____ Hombre Mujer Casado/a Single Menor Otro _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ SS# ____-____-____

Teléfono (Casa): _____ (Trabajo): _____ Cel: _____ E-mail _____

Dirección: _____

Calle # de Apartamento

Ciudad Estado Código postal Empleador

INFORMACIÓN DE SEGUROS

Nombre principal del asegurado: _____ El asegurado, ¿es un paciente? Sí No

Apellido Primer Nombre Segunda Inicial

Fecha de Nacimiento del asegurado: _____ ID #: _____ Grupo #: _____

Dirección del asegurado: _____

Ciudad Estado Código postal Empleador del asegurado

Relación del Paciente con el: Él/ella mismo/a Cónyuge Hijo/a Otro _____

Plan de seguro Nombre y dirección: _____

ACUERDO FINANCIERO

Trabajaremos directamente para usted y haremos todo lo posible para honrar a Jesucristo a través de nuestro trabajo diario. Trataremos de brindarle la atención que desea cuando esté listo para hacerlo. Debemos aceptar el plan de tratamiento por adelantado y trataremos de ser sensibles a su presupuesto y necesidades de programación. El pago se espera en su totalidad en el momento en que se realiza el tratamiento. Presentaremos su reclamo por usted, para que la compañía de seguros pueda reembolsarle. Cuando Usted nos proporciona un número de teléfono móvil o un número de teléfono fijo, nos está dando su consentimiento expreso previo para llamar a ese número.

Paciente o tutor

Fecha