

Por favor llene esta forma completamente. Toda la información es necesaria para que nosotros podamos contactar y reportar su seguro. Por favor escriba imprenta.

Oficina 0 1

Fecha de hoy: _____

Información del Paciente:

Apellido	nombre(s)	
Nombre:	Fecha de nacimiento:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Casa teléfono: ()		
Su medico (Encierre Uno): Dr. Cox Dr. Jablonsky Dr. Nixon Dr. Samuelson Dr. Havenhill Dr. Basran		
Numero de seguro social:		
Sexo: Masculino Femenino	Estado civil:	
Quien le envió a esta oficina?		
Nombre de su empleador:		
Teléfono de su empleador:		
Clasificación de empleado (Encierre uno): tiempo completo tiempo parcial no se aplica		
Si es usted estudiante (Encierre uno): tiempo completo tiempo parcial no se aplica		

Por favor indique cualquier medicamento que este usted tomando
Por favor mencione a que medicamento es usted alérgico:

En casi de emergencia, indique a quien debemos contactar (Pariente más cercano con quien usted no esta viviendo):

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Relación con el paciente: _____

Información referente a su compañía de seguro:

Nombre de su compañía de seguro primaria:		
Nombre del beneficiado:		
Dirección del beneficiario:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:		
Numero de seguro social del beneficiario:		
Fecha de nacimiento del beneficiado:	Sexo: Masculino Femenino	
Referencia de su empleador		
Referencia de su centro de trabajo, numero telefónico:		

Nombre de la compañía de seguro secundaria:		
Nombre del beneficiado:		
Dirección del beneficiario:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:		
Numero de seguro social del beneficiario:		
Fecha de nacimiento del beneficiado:	Sexo: Masculino Femenino	
Referencia de su empleador		
Referencia de su centro de trabajo, numero telefónico:		

Autorizo:

Yo autorizo el pago directamente a McHenry County Orthopaedics por la cirugía y/o los beneficios, si existen, de lo contrario yo pagare por los servicios prestados. Autorizo al medico que ha firmado dar a conocer cualquier información conseguida en el transcurso de mi examinación o tratamiento. Entiendo que el proceso de seguro de Mchenry County Orthopaedics me es dado como cortesía, y al final yo soy responsable por el pago de las cuentas del medico incurridas. En caso de que las cuentas médicas sean pasadas a recaudación, yo acepto pagar el costo de la recaudación, incluyendo la comisión de los abogados, si existe.

Firma (Paciente) X _____

Firma (Del padre o del padre representante) X _____