

CHRIS B. SLATER, D.O.

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

FECHA _____ NO.DEL SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
NOMBRE _____ TELEFONO _____
DIRECCION _____ TELEFONO CELULAR _____
CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____
SEXO: HOMBRE __ MUJER __ MENOR __ SOLTERO/A __ CASADO/A __ DIVORCIADO/A __ VIUDO/A __ ESTUDIENTE __
NOMBRE DE EMPRESA DE TRABAJO _____ TELEFONO COMERCIAL _____
DIRECCION COMERCIAL _____ OCUPACION _____
PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA _____ TELEFONO _____

SEGURO INFORMACION

PERSONA RESPONSIBLE DE LA CUENTA _____ PARENTESCO _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ NO.DES SEGURO SOCIAL _____
DIRECCION _____ TELEFONO _____
CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____
LUGAR DE EMPLEO DE PERSONA RESPONSABLE _____ TELEFONO COMERCIAL _____
NOMBRE DE COMPANIA DE SEGUROS _____
NUMERO DE ABONADO _____ NUMERO GRUPAL _____

ASIGNACION E INFORMACION

POR LO PRESENTE, YO AUTORIZO EL PAGO DIRECTO A SLATER MEDICAL ARTS CLINIC POR TODOS LOS BENEFICIOS DE LA COBERTURA EN LUGAR DE RECIBIR DIRECTAMENTE A MI, EL PAGO POR LOS SERVICIOS OFRECIDOS. YO ENTIENDO QUE SOY RESPONSIBLE ECONOMICAMENTE POR TODOS LOS HONORARIOS, SEAN O NO SEAN PAGADOS POR EL SEGURO, Y POR TODOS LOS SERVICIOS DESPENSADOS TANTO A MI COMO A LAS PERSONAS A MI CARGO. YO AUTORIZO AL MEDICO ANTES MENCIONADO O A CUALQUIER PROVEEDOR O SUMINISTRADOR DE SERVICIOS DE ESTE CONSULTORIO PARA DIVULGAR LA INFORMACION QUE SEA NECESARIA PARA ASEGURARSE EL PAGO DE DICHOS BENEFICIOS. YO AUTORIZO EL USO DE ESTA FIRMA EN TODAS LAS PRESENTACIONES AL SEGURO.

FIRMA DE LA PARTE RESPONSIBLE

FECHA