

EPE, LLC

INFORMACION DEL PACIENTE

Primer Nombre	In	Apellido	GENERO	
Nombre:	_____		[] Masculino	[] Femenino
Dirección LOCAL	Si fuera del estado o país ajunte información			
Dirección:	_____		Apto:	Fecha de nacimiento: _____
	Ciudad	Estado	Zona Postal	Estado Civil: [] Soltero [] Casado [] Viudo [] Divorciado
Correo Electrónico:	_____			Empleador
Teléfono móvil:	_____		Empleo:	[] Tiempo Completo _____ [] Desempleado
Teléfono de la casa:	_____		[] Negocio Propio	[] Retirado
Teléfono del trabajo:	_____			
Doctor primario:	_____		Teléfono:	_____
Contacto de emergencia:	_____		Teléfono:	_____
Mejor manera para comunicarnos con usted:	[] Email	[] Telf. Casa	[] Telf. Trabajo	[] Móvil

Recordatorios de sus citas seran enviados al celular

Información de Seguro

Compañía de seguro Primario:	_____	Fecha de efectividad:	_____
Nombre del asegurado:	_____	ID:	_____
Relación al paciente:	[] Mismo	[] Espos(a)	[] Padres
Compañía de seguro Secundario:	_____	Fecha de efectividad:	_____
Nombre del asegurado:	_____	ID:	_____
Relación al paciente:	[] Mismo	[] Espos(a)	[] Padres

Por favor le entrega a la recepcionista sus tarjetas de seguro e identidad. Gracias

Asignación de Beneficios y Consentimiento para revelar información medica.

Yo autorizo pago de mis beneficios de seguro, si hay alguno, que sean pagados directamente a **EPE, LLC** por los servicios profesionales recibidos. Yo pido que pagos de beneficios autorizados sean pagados en mi nombre. Yo asigno y autorizo los beneficios pagables por servicios médicos a los doctores u organización que me han prestado los servicios.

También autorizo la revelación de cualquier información requerida por mi seguro y revelación del hospital y estos doctores, en su discreción, de radiografías, pruebas de laboratorio y records de otros hospitales y doctores, según requeridos por mi

También autorizo a _____ con relación a mi _____ de obtener por mi, copias de mi información medica or hablar con el doctor sobre mi tratamiento medico. Puedo remover dicha autorización , por escrito, a cualquier momento.

Yo entiendo que soy responsable por todos los cargos no pagados por mi seguro. Yo certifico que la información dada por mi en aplicación de pago bajo el Titulo XVIII del Acto del Seguro Social es correcto.

Yo autorizo la revelación de mi información medica u otra información necesaria, sea revelada al "Social Security Administration" o sus intermediarios de seguro, con relación de cargos a Medicare.

Firma del Paciente o Guardián Legal: _____ Fecha: _____

LE NOTIFICAMOS QUE UNA COPIA DE LA NOTA DEL DOCTOR ESTA DISPONIBLE CUANDO LA REQUIERA