

ASSOCIATES IN NEPHROLOGY - PATIENT REGISTRATION FORM

Nombre: _____
Apellidos Nombre de Pila Inicial Intermedia (Jr. Sr. II)

Dirección local: _____ **Ciudad, Estado, Código Postal:** _____

Otra Dirección: _____ **Ciudad, Estado, Código Postal:** _____

Teléfono: _____ **Celular:** _____ **Alternativo:** _____

Dirección de Email: _____ @ _____ .com

Número de Seguro Social: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Género:** Mujer Hombre

Estado Civil: Solo Casado Divorciado Viudo(a) **Preferido Idioma:** Inglés Español Otros: _____

Grupo étnico: Caucásico Negro Asiático Hispano Americano Nativo Otra: _____

Nombre del Empleador: _____ **Teléfono de Empleador:** _____

Farmacia: _____ **Numero de Telefono de Farmacia:** _____

Medico de Cabecera: _____ **Numero de Telefono de Medico:** _____

En caso de emergencia, (debe tener otro número de teléfono diferente de usted):

Nombre: _____ **Teléfono:** _____ **Relación:** _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO (POR FAVOR PROPORCIONAR TARJETAS DE SEGUROS Y DE IDENTIFICACIÓN CON FOTO EN EL CHECK-IN).

Compañía de Seguros Principal: _____ **Miembro ID#** _____

(Nota: Si el nombre de los miembros es diferente de usted, por favor proporcione la siguiente información):

Nombre de Miembro: _____ **Miembro fecha de nacimiento:** _____

Aseguradora Secundaria: _____ **Miembro ID#** _____

(Nota: Si el nombre de los miembros es diferente de usted, por favor proporcione la siguiente información)

Nombre de Miembro: _____ **Miembro fecha de nacimiento:** _____

Seguro beneficiario demanda información y autorización de liberación

Solicito pago de prestaciones médicas autorizadas sea bien hecho a mí o en mi nombre a asociados en nefrología para cualquiera de los servicios me fue proporcionada por los proveedores. Autorizo a cualquier sostenedor de la información médica acerca de mí para liberar a los asociados en nefrología para mis servicios seguro o Medicare/Medicaid y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar los beneficios o los beneficios pagaderos por todos los servicios. Entiendo mi firma pide que pagar y autorizo la liberación de información médica necesaria para pagar la reclamación. Si el otro seguro de salud está indicado en el formulario de reclamación de la HCFA o en otros lugares en el formulario de reclamación o una solicitud presentada electrónicamente, mi firma autoriza entrega de información a la compañía de seguros o agencia que se muestra. En Medicare asignado casos, el médico se compromete a aceptar la determinación de la carga del portador de Medicare como la carga completa y el paciente es responsable por cualquier deducible, coaseguro y por los servicios no cubiertos. Entiendo y acepto que independientemente de mi condición de seguro, será responsable del pago de todos los cargos incurridos en nombre de miembro de la familia o yo. Nota: Si su seguro requiere una referencia para que usted pueda ver a un proveedor en Associates en nefrología, es su responsabilidad proporcionar a nuestra oficina con la referencia. Si su compañía de seguros niega pago **Por NO remisión** – aceptas pagar asociados en nefrología en su totalidad por cargos incurridos durante esta visita o ninguna visita subsecuente. Entiendo y acepta que, independientemente de mi condición de seguro, yo soy responsable por el saldo en mi cuenta para los servicios profesionales prestados. He leído toda la información sobre este acuerdo y hayan completado las respuestas anteriores. Certifico que esta información es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento. **Le notificaremos de cualquier cambio en mi estado de salud o cualquiera de la información:**

X _____ / _____ / _____
Firma del paciente/tutor/responsable partido **Fecha** **AIN empleado** **Título** **fecha**