

CENTER FOR ADVANCED SPORTS MEDICINE

Millburn

Newark

INFORMACION CONFIDENCIAL DEL PACIENTE POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Fecha: _____

Nombre : _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Seguro Social: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo: _____

Telefono Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____ Correo electronico: _____

Lugar De Nacimiento _____ Sexo: H__ M__ Estado Civil: (C) (S) (D) (V) Licencia de Conducir _____

Ocupacion: _____ Lugar de Trabajo: _____
(Nombre) (Dirección)

Medico Primario o Cordinador: _____
(Nombre) (Dirección) (Tel #)

Nombre de Farmacia: _____
(Dirección) (Tel #)

Contacto de Emergencia: _____
(Nombre) (Relación) (Tel #)

Si el paciente menor de 18 años por favor complete:

Madre: _____ Padre: _____
(Nombre) (SS#) (Nombre) (SS#)

INFORMACION DE LA COMPAÑIA DEL SEGURO DE COMPENSACION/ O AUTOMOVIL

Atención: El paciente es responsable de la cuenta, a menos que recibamos la autorización escrita de su seguro de compensación. Tiene Aprobacion? Si No

Fecha Del Accidente: _____ Nombre de la Compania de Compensación o Automovil: _____

Direccion: _____ Tel#: _____

Nombre del Cordinador: _____ Numero del Caso _____

Enfermera (o) encargado del caso: _____ Tel # _____

Abogado: _____ Tel #: _____

Direccion: _____

Yo autorizo el pago de beneficios medicos a:

Center for Advanced Sports Medicine, Knees and Shoulder, 90 Millburn Ave, Suite 204A, Millburn, NJ 07041

Yo autorizo Center for Advanced Sports Medicine, Knee and Shoulder (TCASM) para suministrar reclamaciones a mi compañía de seguro directo en mi nombre. También autorizo a la asignacion de beneficios directamente a la oficina, y a la liberación de mis expedientes médicos solicitados por mi compañía de seguro (s). También reconozco que si TCASM no recibe el pago de mi seguro, voy a ser responsable por el saldo de mi cuenta. He leído toda la información en este formulario. Yo certifico que la información es verdad y correcta y de mi mejor conocimiento. Notificare a la oficina de cualquier cambio de información. Es de mi conocimiento que debo pagar cualquier co-pago aplicable en el momento de mi visita. Reconozco que habrá un cargo de \$25.00 por no cancelar cualquier cita programada con anticipación.

(Firma del paciente o persona responsable del paciente)

(Fecha)

Paciente de WC: he recibido, leído y entendido toda la información proporcionada en la guía de WC _____ (iniciales)

