

**CENTER FOR ADVANCED SPORTS MEDICINE**

Millburn

Newark

**INFORMACION CONFIDENCIAL DEL PACIENTE**

Fecha: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE**

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) (Relacion) (Tel #)

**Si el paciente es menor de 18 años por favor completar:**

Madre: \_\_\_\_\_ Padre: \_\_\_\_\_  
(nombre) (SS#) (nombre) (SS#)

**INFORMACION DE SEGURO**

Seguro Primario : \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurador: \_\_\_\_\_ Relacion con el Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_  
(Direccion)

Numero de ID: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Cantidad de Copago: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurador: \_\_\_\_\_ Relacion con el Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_  
(Direccion)

Numero de ID: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Cantidad de Copago: \_\_\_\_\_

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)**