

CENTER FOR ADVANCED SPORTS MEDICINE

Millburn, NJ 07041

INFORMACION CONFIDENCIAL DEL PACIENTE POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Fecha: _____

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

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Teléfono Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____

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

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

Médico Primario o Coordinador: _____
(Nombre) (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

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

Fecha Del Accidente: _____ Nombre de la Compañía de Compensación: _____

Dirección: _____ Tel#: _____

Nombre del Coordinador: _____ Numero del Caso _____

Enfermera (o) del caso: _____ Tel # _____

Abogado: _____ Dirección _____ Tel#: _____

Yo autorizo el pago de beneficios médicos a:

Center for Advanced Sports Medicine, Knees and Shoulder, 89 Millburn Ave, Suite 102, Millburn, NJ 07041

Autorizo a Center for Advanced Sports Medicine, Knee and Shoulder (CASM) para suministrar reclamaciones a mi compañía de seguro directo en mi nombre. También autorizo a la asignación 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 CASM no recibe el pago de mi seguro, voy a ser responsable por el cargo 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.

(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)