

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Nombre Preferido: _____

Farmacia & Ubicación: _____

Referido Por: _____ Medico Principal _____

Motivo de la Visita de Hoy: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: M or F No. de Seguro Social _____

Raza: IndioAmericano/Nativo Alaska Negro/AfroAmericano Blanco/Caucásico Asiático
 Hawaiano/Isleño del Pacifico Otro Desconocido Rechazado

Origen Étnico: Hispano o Latino No Hispano o Latino Desconocido Rechazado

Idioma Preferido: _____ Estado Civil: (Marque con Circulo) S C D V

Dirección Postal Local: _____ Apt #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección Postal Alternativa: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Si es de temporada, Indique las Fechas: _____

Teléfono de casa #: _____ Teléfono del Trabajo #: _____ Teléfono Celular #: _____

Correo electrónico: _____

* Después de proporcionar un número de teléfono y una dirección de correo electrónico para comunicarnos con usted en nuestro Portal para pacientes, coloque una v junto a la mejor manera de contactarlo.

Nombre del empleador: _____

Autorizo a FDHS contactar al PACIENTE en la dirección de correo electrónico: _____

Personas a las que podemos dar a conocer su información (seleccione qué tipo de información podemos discutir con ellos poniendo sus iniciales en los espacios en blanco correspondiente (s):

Autorizo a FDHS a compartir información Médica _____ de facturación _____ del paciente con la siguiente persona:

IMPRIMIR Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Autorizo a FDHS a compartir información Medica _____ de facturación _____ del paciente con la siguiente persona:

IMPRIMIR Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ Teléfono:: _____ Relación: _____

INFORMACION DE SEGURO

Persona Responsable (Si es diferente al Paciente)

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial de _____ Segundo Nombre: _____

Dirección Postal Local: _____ Apt #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Seguro Médico Primario

Nombre del Titular en la Poliza: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Relación al Paciente: _____

Nombre de la Aseguradora: _____ Nombre de Grupo: _____ Group #: _____

Numero de Identificación del Miembro: _____

Tipo de Cobertura: _____ Paciente _____ Dependiente Discapacitado _____ Dependiente Patrocinado _____
Dependiente Familiar _____

Demandante Lesionado _____ Estudiante _____ Medio Tiempo: _____ Tiempo Completo: _____

Seguro Médico Secundario

Nombre del Titular en la Poliza: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Relación al Paciente: _____

Nombre de la Aseguradora: _____ Nombre de Grupo: _____ Group #: _____

Numero de Identificación del Miembro: _____

Cesión y Autorización de Beneficios: Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mis reclamos. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original. Esta autorización puede ser revocada por mi compañía de seguros o por mí persona por escrito en cualquier momento. Por la presente autorizo a Florida Digestive Health Specialists a solicitar beneficios en mi nombre para los servicios cubiertos prestados por él / ella o por su orden. Solicito que el pago de mi compañía de seguros se realice directamente a los Especialistas en Salud Digestiva de Florida (o la compañía que acepta la cesión). Certifico que la información que he proporcionado sobre mi cobertura de seguro es correcta. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que la factura real por los servicios prestados. Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o en el de mis dependientes. Estoy de acuerdo en pagar cualquier tarifa de cobro razonable, incluidos los honorarios razonables de abogado necesarios para cobrar mi deuda.

Firma de la Persona Responsable: _____ Fecha: _____