



Cirujano de Cabeza y Cuello

Otorrinolaringólogo

PATIENT DEMOGRAPHIC INFORMATION

Nombre Del Paciente _____
 Apellido _____ Primer _____ Segundo _____
 Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____ Status Marital _____
 Raza _____ Etnicidad _____ Idioma Preferido _____
 Dirección _____
 Calle _____ Apartamento _____ Seguro Social _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Núm. de tel. _____ Trabajo _____ Cel. _____
 Contacto de Emergencia y Numero de Tel _____

INFORMACION DE ASEGURANZA

PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA
Campania de Aseguranza	Campania de Aseguranza	Campania de Aseguranza
Nombre del Asegurado	Nombre del Asegurado	Nombre del Asegurado
Fecha de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Fecha de Nacimiento
Seguro Social	Seguro Social	Seguro Social
Empleador	Empleador	Empleador

Nombre y Num de Tel de su doctor familiar _____

Yo autorizo al Dr. J. Roy Lowry/ Dr. Jeremy P. Watkins que revele mi informacion medica a mi compania de aseguranza, doctor familiar, o al doctor que me refirio a esta oficina. Yo entiendo que soy responsable por todos los cargos y seran cobrados antes de que los servicios sean rendidos, incluyendo mi co-pago. Si mi plan de aseguranza require una referencia de autorizacion y no la tengo, yo entiendo que sere responsables por los cargos. Yo entiendo que si me aseguranza cambia de un HMO a otro mi referencia previa sera anulada. Yo tender que contactar a mi doctor familiar para obtener otra referencia bajo mi nuevo plan. Tambien entiendo que si no notifico la oficina de los cambios, tambien sere responsables por esos cargos. Yo autorizo al personal del Dr. Todd E. Samuelson/ Dr. J. Roy Lowry a que contacten mi compania de aseguranza y hagan un reclamo por los servicios rendidos de mi parte. Si mi aseguranza no paga el reclamo, yo soy responsable financieramente por todos los pagos contraidos.

Firma _____ Fecha _____

LLENAR SOLO SI EL PACIENTE ES UN MENOR DE EDAD

Nombre de la Madre	Nombre del Padre
Fecha de Nacimiento	Fecha de Nacimiento
Direccion	Direccion
Num de Tel (casa)	Num de Tel (casa)
Num de Tel (trabajo)	Num de Tel (trabajo)