



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tel de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt / Unidad: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino Femenino Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Idioma: Inglés Español Otro: \_\_\_\_\_

Raza: Blanco Negro Asiático Otro: \_\_\_\_\_ Origen Étnico: Hispano / Latino No Hispano/No Latino

Correo electrónico (E-mail): \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono de la farmacia: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Médico quien refirió: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Le gustaría designar a un representante personal, como su esposo(a) u otro miembro de la familia, el cual podría discutir con su médico información de salud privada pertinente a su caso (CIRCULE) SÍ NO (En caso afirmativo, se requiere otro formulario)

¿Tiene alguna restricción en cómo le gustaría ser contactado? (CIRCULE) SÍ NO (En caso afirmativo, se requiere otro formulario)

¿Autoriza a nuestros médicos para dejar mensajes en su máquina / correo de voz con respecto a su información personal de salud (es decir, los resultados de pruebas, etc)? (CIRCULE) SÍ NO En caso afirmativo, # de Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**SEGURO DE SALUD: \* Fotocopia de estas asignaciones será válida como el original**

\* SEGURO PRIMARIO: \_\_\_\_\_ Póliza # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Seguro social del asegurado: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

\* SEGURO SECUNDARIO: \_\_\_\_\_ Póliza # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Seguro social del asegurado: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

AVISO A LOS PACIENTES: Proveedor acudirá únicamente a la compañía de seguros contratada para la compensación de los servicios otorgados al asegurado, con la excepción de los copagos, coseguros, deducibles y / o servicios no cubiertos por los acuerdos de salud en su póliza de seguro médico. Declaro que toda la información presentada en la fecha de servicio es completa y exacta. En el caso de que la información del seguro es inexacta o incompleta, el paciente será responsable de todos los cargos incurridos.

**AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

Autorizo a Sleep Medicine Specialists of South Florida, PA a dar cualquier información a mi compañía de seguros. Yo autorizo el pago directo de cuentas médicas / quirúrgicas a Sleep Medicine Specialists of South Florida, PA. Yo entiendo que soy financieramente responsable al médico de todos los cargos, de cualquier saldo o cuota no cubierta en caso de que no tenga seguro o mi seguro sea cancelado y me quede sin cobertura de salud. Además, entiendo que seré responsable de cualquier y todos los gastos ocasionados por el intento de cobrar esta deuda.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_