



Patient Information/Informacion del Paciente

Nombre: Medio Inicial: Apellido:

Direccion Permanente:

Ciudad: Estado: Codigo Postal:

Telefono: Celular: Trabajo: EXT

Direccion Temporal:

Ciudad: Estado: Codigo Postal: Telefono Temporal:

Fecha de Nacimiento: Edad: Sexo: Estado Marital:

Seguro Social: Empleador: Telefono:

Direccion de Empleador: Anos con Empleador:

Nombre de Conyuge: Fecha de Nacimiento:

Seguro Social de Conyuge: Empleador de Conyuge:

Empleador de Conyuge:

Contacto de Emergencia: Telefono:

Doctor Familiar: Telefono:

Si la adecuada informacion de seguro no es proporcionada el dia de su visita, nuestra oficina no es responsable por reclamar cargos atrasados a su seguro. Se le aconseja que es su responsabilidad de estar al tanto de los beneficios de su plan medico.

COMPANIA DE SEGURO PRIMARIA

COMPANIA DE SEGURO SECUNDARIA

Compania:

Compania:

Poliza#:

Poliza#:

Grupo#:

Grupo#:

Garante de poliza:

Garante de poliza:

Fecha de Nacimiento del Garante:

Fecha de Nacimiento del Garante:

Telefono#:

Telefono#:

**Favor de indicar el laboratorio aprobado por su seguro: Quest Lab One Labcorp Wuesthoff Health First Yo comprendo que si el laboratorio escogido no es el corecto, Yo soy financieramente responsable por los cargos del laboratorio. Si no se escoge un laboratorio automaticamente se enviarian al Wuesthoff Laboratory.

Yo, por este medio asigno todos beneficios medico, incluyendo beneficios de medico mayor cuales soy titulado incluyendo a Medicare y otros programas patrocinados por el gobierno, seguro privado, y cualquier otros planes de salud a D. Badolato P.A./Premier Urgent Care of Brevard, LLC. Esto se mantiene en efecto hasta ser revocado por mi por escrito. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos cargos aunque no sean pagados por mi seguro. Yo autorizo el soltar mi informacion a mi seguro, empleado, y al medico referido cualquier informacion necesaria incluyendo diagnostico y archivos de cual tratamiento o examinacion prestada a mi para procesar esta reclamacion. Firma de por vida autorizada. Esta autorizacion y asignacion son de continuar, permanecer en fuerza hasta ser revocado por escrito por el garante por servicios comenzados:

Firma: Fecha: