

BIENVENIDOS A LA OFICINA DE THOMAS V. BARKER, M.D., MARC A. SEFTEL, M.D., y DANIEL A. SPILMAN, M.D.

ANTES DE SU CITA NECESITAMOS LA SIGUIENTE INFORMACION PARA ESTABLECER SU EXPEDIANTE MEDICO Y SU CUENTA

Señor, Señora, Señorita _____

Fecha _____

Estado Civil: Casado/a Soltero/a Otro _____

(Updated info on): _____ staff: _____

_____ staff: _____

Nombre del Paciente: _____
Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____

Apartado Postal _____ Ciudad/Estado/Zona Postal: _____

Domicilio: _____ Ciudad/Estado/Zona Postal: _____

Teléfono (casa): _____ Teléfono (trabajo): _____ Celular _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad _____ Masculino Femenina E-mail: _____

Contacto: _____ Relación _____ Teléfono: _____

Seguro Social #: _____ Numero de Licencia _____

Doctor Particular _____ Recomendado por: _____

Otros Doctores _____

INFORMACION DEL EMPLEO DEL PACIENTE O DE LOS PADRES

Lugar de Empleo: _____ Ocupación: _____

Domicilio: _____ Ciudad/Estado/Zona Postal: _____

Numero de teléfono (padres) _____

• **SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD:**

MADRE: _____

PADRE: _____

Seguro Social: _____

Seguro Social: _____

Domicilio: _____

Domicilio: _____

Ciudad/Estado/Zona Postal _____

Ciudad/Estado/Zona Postal _____

Aseguransa del Nino/a : _____

El suscriptor es: Madre _____ Padre _____

INFORMACION DE ASEGURANSA **Copia de Tarjeta**

INFORMACION MEDICA Fuma _____ No Fuma _____

Toma Medicina? NO _____ SI _____ : _____

Alergias: Ninguna _____ Si _____ : _____

Operacions: _____

Enfermedades/Diagnosis: _____

INFORMACION DE ESPOSO/A

Nombre de su esposo/a _____ Fecha de nacimiento _____

Seguro Social _____ Teléfono _____

Domicilio _____ Ciudad/Estado/Zona Postal _____

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO:

Yo entiendo que si los doctores de Santa Cruz Ear, Nose & Throat Medical Group consideran necesario tratar el paciente abajo con servicios adicional, yo soy financieramente responsable por todos los gastos que sean o no sean cubiertos por mi aseguransa. (Iniciales aqui) _____

Paciente: _____

ESTO SERVIRA' COMO AUTORIZACION PARA LOS DOCTORES DE SANTA CRUZ EAR, NOSE & THROAT MEDICAL GROUP PARA TRATAR EL PACIENTE ARRIBA, INCLUYENDO PRUEBAS Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS.

Firma del Paciente/Padre _____ Fecha _____

FORMA DE CONFIRMACION

Yo confirmo que he revisado un documento sobre mi derecho a la privacidad de mi Historia Medica.

Firma _____ Fecha _____

Nombre (letra de imprenta): _____ Teléfono: _____

Si este documento lo firma alguien que no sea e/la paciente, especifique su relación con respecto al/a la paciente:

- Padre o Guardián del paciente menor
- Guardián o Conservador del paciente incompetente
- Beneficiario o Representante personal al paciente fallecido

Nombre del Paciente: _____

Es nuestro deber cumplir con este informe sobre su derecho a la privacidad de su historia médica a cada paciente. Sea paciente nuevo o paciente establecido. Si el paciente rechaza firmar la confirmación del informe, nuestra oficina no esta obligada atender el/la paciente.

For office use only:

- Signed form received by: _____
- Acknowledgement refused

Efforts to obtain: _____

Reason for refusal: _____

PACIENTES DE MEDICARE SOLAMENTE - LIFETIME BENEFICIARY CLAIM AUTHORIZATION

Yo pido que pagos autorizados por Medicare sean hechos a mi, o por mi parte a los Drs. Barker, Seftel y/o Spilman por cualquier servicios rendido. Yo autorizo a cualquier proveedor de información médica mía, a dar esta información a la Administración De Financiamiento Medico y sus agentes para determinar los beneficios pagables.

Yo entiendo que mi firma pide el pago por lo servicios rendidos y autoriza que se provee cualquier información medica necesaria para procesar este pago hacia los servicios rendidos.

Autorizo que Santa Cruz Ear, Nose and Throat Medical Group someta por mi parte los cobros a Medicare por los servicios rendidos.

Firma _____ Fecha _____ IB-06/08