



INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Sexo: Femenino Masculino

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social #: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Correo Electronica: _____

Estado Civil: _____ Raza: _____ Origen Étnico: _____

Médico de Cabecera: _____ Telefono: _____

Medico de Referencia: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Seguro Primario: _____ No de Poliza: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Autorizo a Digestive Medicine Associates a divulgar mi información de salud protegida a:

Nombre: _____ Relación: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Por la presente, autorizo el pago directo a Digestive Medicine Associates de los beneficios que me adeudan de mi compañía de seguros que, de otro modo, me correspondería. Además, autorizo la divulgación de cualquier información médica requerida por mi (s) aseguradora (s) y por cualquier proveedor de atención médica involucrado en mi tratamiento previa solicitud escrita o verbal de dicho proveedor. Se puede usar una copia de esta autorización en lugar del original. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social y a la Administración de Financiamiento de Cuidado de la Salud o sus intermediarios o proveedores de servicios cualquier información necesaria para este o un reclamo de Medicare relacionado.

Entiendo que soy totalmente responsable del pago de todos los cargos que no estén cubiertos y pagados por el seguro. Además, entiendo que seré totalmente responsable de todos los cargos de cobro. Esto incluye los costos razonables de los abogados incurridos en cualquier intento de cobrar cargos morosos pendientes de pago y todos los cargos devengarán intereses a una tasa de dieciocho por ciento (18%) por año a partir de la fecha de facturación inicial:

Firma Del Paciente: _____ Fecha: _____