

## ENDOSCOPY CENTER OF YUMA PATIENT INFORMATION SHEET

**PLEASE PRINT CLEARLY**

LAST NAME/APELLIDO		FIRST NAME/PRIMER NOMBRE	MIDDLE NAME/SEGUNDO NOMBRE	SEX(o) <input type="checkbox"/> MALE/MASC <input type="checkbox"/> FEMALE/FEM	
SOCIAL SECURITY NUMBER/NUMERO DE SEGURO SOCIAL		DATE OF BIRTH/FECHA DE NACIMIENTO	AGE/EDAD	HOME PHONE/TELEFONO	
LOCAL ADDRESS/DIRECCION LOCAL			CITY/CIUDAD	STATE/ESTADO	ZIP/CODIGO POSTAL
PERMANENT ADDRESS/DIRECCION PERMANENTE			CITY/CIUDAD	STATE/ESTADO	ZIP/CODIGO POSTAL
OCCUPATION/OCUPACION		EMPLOYED BY/EMPLEADO POR:		BUSINESS PHONE/TELEFONO	
NAME OF SPOUSE/NOMBRE DE ESPOSO(A):		EMPLOYED BY/EMPLEADO POR:		BUSINESS PHONE/TELEFONO	
In Case Of Emergency/En Caso De Emergencia: Notify/Notifique:		Relationship to Patient/Relacion al Paciente		PHONE/TELEFONO	
Primary or Referring Physician/Medico Familiar o Referente					
<b>PRIMARY INSURANCE/Primer Seguro</b>			<b>SECONDARY INSURANCE/Segundo Seguro</b>		
NAME OF INSURANCE/Nombre de Aseguranza _____			NAME OF INSURANCE/Nombre de Aseguranza _____		

**AUTHORIZATION FOR: -ASSIGNMENT OF BENEFITS-RESPONSIBILITY FOR NON-COVERED SERVICES-RELEASE OF INFORMATION**

I request that payment of authorized benefits payable by any federal or state health care program or commercial payor be made either to me or on my behalf to the Endoscopy Center of Yuma for any services furnished to me by its physicians or employees at any location. I authorize the Endoscopy Center of Yuma to release to its billing agents, the health care financing administration, its agents and my insurer, as applicable, any information (including, but not limited to information regarding drug and alcohol program participation, diagnosis, prognosis, treatment or referral) needed to determine these benefits, the benefits payable for related services or to obtain payment for services provided. I understand that I may revoke this consent to release at anytime, except to the extent relied upon by the Endoscopy Center of Yuma or the disclosure is authorized by law. This consent to the release of patient information remains valid until expressly revoked by me in writing. If, after 60 days, insurance payment has not been received, I understand the charges are my responsibility and payable immediately. In the event that payment is not made on this account, it may be place with a licensed collection agency. Interest of 10% per year will be accrued on the principal balance. Should legal action also be necessary to collect that amount, I/we agree to pay attorney's fees and court expenses incurred for collection.

**AUTORIZACION PARA: ASIGNAR BENEFICIOS DE SERVICIOS NO CUBIERTOS- Y DAR INFORMACION**

Yo solicito el pago autorizado de beneficios del programa del salud del estado o comercial. El pago puede ser hecho a mi o por medio del Centro de Endoscopia de Yuma por cualquier servicio recibido de los medicos o empleados de cualquier localidad. Yo autorizo al Centro de Endoscopia de Yuma a dar a los agentes de pago, y a administracion financiera de salud, y a sus agentes y a mi asegurador, como aplicable, cualquier informacion (incluyendo, pero no limitar informacion acerca del programa de alcohol y droga, de participacion, y pronosticos, al tratamiento) para determinar estos beneficios, los beneficios pagables por servicios recibidos por el pago del servicios obtenido. Yo entiendo que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento, excepto al extremo de fiar atravez del Centro de Endoscopia de Yuma. Este consentimiento pueden dar al paciente informacion valida acerca de revocar atravez de una escritura. Si atravez 60 dias, el pago del seguro no se ha recibido, entiendo que los cargos son mi responsabilidad, y pagar de inmediato. En caso que el pago no se haga en esta cuenta, puede ser enviado a un agencia de coleccion. El interes es 10% por año, puede ser acrecentado en el balance principal. Si alguna accion legal es necesaria para recibir la cantidad, yo/nosotros estamos de acuerdo a pagar los costos y honorarios de la corte de coleccion.

PATIENT'S SIGNATURE/ FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ DATE/FECHA \_\_\_\_\_