

Rafael R. Portela, M.D. – R. Antonio Portela, M.D.

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Hoy: _____
(Apellido) (Nombre) Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
Dirección de Casa: _____
(Ciudad) (Estado) (Zona Postal)
Teléfono (Casa)#: _____ Celular#: _____ Trabajo#: _____
Sexo: M ___ F ___ Estado Civil: (Circule uno) S M D W SSN#: _____
Raza: _____ País de Origen: _____ Lenguaje Primario: _____
Medico Primario o que Refiere: _____
(Nombre) (Teléfono)
Contacto de Emergencia: _____ Relación con el Paciente: _____ Teléfono# _____

Farmacia

Nombre: _____ Teléfono#: _____
Dirección: _____

Información del Seguro

Seguro Primario:
Nombre del Seguro: _____ Numero de Póliza#: _____
Grupo: _____ Nombre del asegurado: _____ Sexo: M ___ F ___
SSN#: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____

Seguro Secundario:
Nombre del Seguro: _____ Numero de Póliza#: _____
Grupo: _____ Nombre del asegurado: _____ Sexo: M ___ F ___
SSN#: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____

Información de los padres

Nombre de la madre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
SSN#: _____ Teléfono del Trabajo#: _____

Nombre del padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
SSN#: _____ Teléfono del Trabajo#: _____

AUTORIZACION PERMANENTE DE SEGURO MEDICO (NO APLICA A PACIENTES DE MEDICARE)

Yo autorizo hacer disponible cualquier información médica u otra información requerida para tramitar la reclamación de pago. Así mismo, autorizo que el pago de prestaciones médicas sean enviados directamente a Rafael R. Portela, MD, R. Antonio Portela, MD.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Yo autorizo a cualquier portador de mi información medica o información general, que ponga en disposición de la Administración del Seguro Social o sus intermediarios, toda la información necesaria para hacer el reclamo de pago, o reclamo de pago de Medicare relacionado a este último. Yo permito el uso de una copia de esta autorización para que se use en el lugar del original, y solicitar pago de las prestaciones médicas, ya sea para mí o para aquellos que acepten esa asignación de pagos.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

DECLARACION DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Yo entiendo que soy financieramente responsable por el pago de mis servicios médicos a Rafael R. Portela, MD, R. Antonio Portela, MD, independientemente de los beneficios que pueda tener por medio de mi seguro médico. También entiendo que es mi responsabilidad de recolectar cualquier re-embolso de mi compañía de seguros. Yo entiendo que sere responsable de cualquier gasto que pudiera incurrir Rafael R Portela, MD, R. Antonio Portela, MD, en su esfuerzo por recobrar tarifas que se les debia, incluidos pero no limitados los gastos por agencias de cobro, gastos por abogados y gastos judiciales

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____