



Registro de Informacion del Paciente

Randall Cohen MD

Por Favor de Completar Toda Informacion

Nombre inicial Apellido _____ Fecha Nacimiento _____ Sexo _____

Domicilio _____ Ciudad/Estado _____ Codigo Postal _____

Telefono de casa _____ #Seguro Social _____ Estado Civil _____

Nombre de Empleado _____ Domicilio de Empleado _____

Telefono de Empleado _____ Telefono Celular _____

Nombre de persona responsable (si es diferente) _____

Nombre y numero de Medico _____ Referido por _____

Informacion de Seguro

Nombre del Seguro _____

Domicilio del Seguro _____

del Seguro _____ # del Grupo _____ Cantidad prepagada _____

Nombre del Asegurado _____ Relacion del paciente _____

#Seguro Social del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____

Domicilio del Asegurado _____ Codigo Postal _____

Nombre de trabajo del Asegurado _____ #Telefono _____

Domicilio de Trabajo _____

Informacion contacto de emergencia

Nombre _____ Relacion _____

#Telefono _____ #Trabajo _____

Statement of Insurance Assignment

Al firmar este formulario autorizo pago por los servicios que voy a recibir. El pago es directo a Catalina Ear Nose and Throat o su representante autorizado. Yo autorizo el envio de mi expediente medico o cualquier otra informacion necesaria para procesar el pago, al programa de beneficios del gobierno o a los programas del seguro medico.

Tambien doy permiso para que una copia de esta autorizacion se use en vez del original. Al firmar, yo entiendo que soy responsable por el pago de la cuenta por los servicios recibidos a pesar de tener plan de seguro u otro tipo de cobertura medica. La fecha efectiva de esta autorizacion, es desde hoy hasta una futura fecha en al que yo o mi dependiente no sea paciente de Catalina Ear Nose and Throat o hasta mi muerte.

Firma _____ Fecha _____