

THE CENTER FOR ADVANCED SPORTS MEDICINE

Millburn

Harrison

INFORMACION CONFIDENCIAL DEL PACIENTE

Fecha: _____

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Nombre : _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: ____ Seguro Social: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Codigo: _____

Telefono Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____ Correo electronico: _____

Lugar De Nacimiento _____ Sexo: H__M__ Estado Civil: (C) (S) (D) (V) Licencia de Conducir _____

Ocupacion: _____ Lugar de Trabajo: _____
(Nombre) (Direccion)

Medico Primario o Cordinador: _____
(Nombre) (Direccion) (Tel #)

Contacto de Emergencia: _____
(Nombre) (Relacion) (Tel #)

Si el paciente menor de 18 anos por favor complete:

Madre: _____ Padre: _____
(nombre) (SS#) (nombre) (SS#)

INFORMACION DE LA COMPAÑIA DEL SEGURO DE COMPENSACION/ O AUTOMOVIL

Atencion: El paciente es responsable de la cuenta, a menos que recibamos la autorizacion escrita de su seguro de compensacion. Tiene Aprobacion? Si No

Fecha Del Accidente: _____ Nombre de la Compania de Compensacion o Automovil: _____

Direccion: _____ Tel#: _____

Nombre del Cordinador: _____ Numero del Caso _____

Enfermera (o) encargado del caso: _____ Tel # _____

Abogado: _____ Tel #: _____

Direccion: _____

Yo autorizo el pago de beneficios medicos a: **The Center for Advanced Sports Medicine, Knees and Shoulder, 90 Millburn Ave, Suite 204A, Millburn, NJ 07041**

Yo autorizo The Center for Advanced Sports Medicine, Knee and Shoulder (TCASM) para suministrar reclamaciones a mi compania de seguro directo en mi nombre. Tambien autorizo a la asignacion de beneficios directamente a la oficina, y a la liberacion de mis expedients medicos solicitados por mi compania de seguro (s). Tambien reconozco que si TCASM no recibe el pago de mi seguro, voy a ser responsable por el saldo de mi cuenta. He leido toda la informacion en este formulario. Yo certifico que la informacion es verdad y correcta y de mi mejor conocimiento. Notificare a la oficina de cualquier cambio en mi informacion anterior. Es de mi conocimiento que debo pagar cualquier co-pago applicable en el momento de mi visita y de no hacerlo dara lugar a la reprogramacion de mi cita. Reconozco que habra un cargo de \$25.00 por no cancelar una cita programada con anterioridad.

(Firma del paciente o persona responsable para el paciente) (Fecha)

Paciente de WC: he recibido, leido y entendido toda la informacion proporcionada en la guia de WC _____ (iniciales)