

**THE CENTER FOR ADVANCED SPORTS MEDICINE**

**Millburn**

**V**

**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 Av 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)