

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 es menor de 18 anos por favor complete:

Madre: _____ Padre: _____

(nombre)

(SS#)

(nombre)

(SS#)

INFORMACION DEL SEGURO

Seguro Primario : _____ Nombre del Asegurador: _____ Relacion con el Paciente: _____

Nombre del Empleador: _____

(Direccion)

Numero de ID: _____ Numero de Grupo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Social: _____ Cantidad de Copago: _____

Seguro Secundario: _____ Nombre del Asegurador: _____ Relacion con el Paciente: _____

Nombre del Empleador: _____

(Direccion)

Numero de ID: _____ Numero de Grupo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Social: _____ Cantidad de Copago: _____

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 leído 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 aplicable 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)