

# THE CENTER FOR ADVANCED SPORTS MEDICINE

Millburn

Newark

## 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, 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)