

INFORMACION CONFIDENCIAL

FAVOR DE USAR PLUMA COLOR NEGRO- USE LETRA DE MOLDE-COMplete EL LADO

REVERSO- FAVOR DE FIRMAR

FECHA _____ (PARA USO DE OFICINA)# _____

NOMBRE DE PACIENTE _____

NO. DE SEGURO SOCIAL _____ - _____ - _____ SEXO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ - _____ - _____

DIRECCION _____ TEL. DE HOGAR() _____

DIRECCION _____ APT # _____ TEL. DE EMPLEO () _____

CIUDAD/ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____ NO. DE CELL () _____

ESTADO CIVIL _____ CORREO ELECTRONICO _____

ORIGEN ETNICO _____ LENGUAJE PREFERIDO _____ RAZA _____

NOMBRE DE EMPLEO _____

DIRECCION DE EMPLEO _____

DOCTOR PRIMARIO: _____ TEL. # (_____) _____

REFERIDO POR _____

NOMBRE DE LA FARMACIA _____ DIRECCION _____

TELEFONO DE FARMACIA _____

PERSONA RESPONSIBLE(DE PAGOS)

NOMBRE _____ TEL. DE HOGAR() _____

DIRECCION _____ TEL DE EMPLEO. () _____

RELACION AL PACIENTE _____

NO. DE SEGURO SOCIAL # _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCION DE EMPLEO _____

NOMBRE DE ESPOSO(A) _____

NO. DE SEGURO SOCIAL # _____ TEL DE EMPLEO () _____

EMPLEO DE ESPOSO(A) _____

DIRECCION DE EMPLEO _____

(FAVOR DE COMPLETAR EL LADO REVERSO)

FAVOR DE FIRMAR LA AUTORIZACION PARA DIVULGACION DE INFORMACION

Autorizo la divulgacion de informacion medica necesaria para procesar mi reclamo del seguro. Entiendo que estos expedientes pueden contener informacion sobre el estado psicologico o siquiatico, abuso de drogas, abuse de bebidas alcoholicas, infeccion for el virus de insuficiencia inmunologica (HIV) incluyendo el sindrome de insuficiencia inmunologica (SIDA) o resultados de la prueba para determinar la presencia de dicho virus.

Autorizo el pago de beneficios del seguro (basico, HMO, PPO, Medicare o Medicaid) al medico cuya firma aparece en la forma de reclamo adjunta.

Reconosco que soy responsable por cargos relacionados a citas canceladas sin aviso previo de por lo menos 24 horas.

Yo e sido informado sobre polisa de privacidad de MNA que pertenece sobre mi informacion de salud. Que se encuentra puesta en la sala de espera, y que esta a su disposicion.

FECHA _____ **FIRMA** _____

COMPANIA DE SEGURO MEDICO

TEL. DE COMPANIA DE SEGURO MEDICO

NOMBRE DEL ASEGURADO

FECHA DE NACIMIENTO

SEXO

NO. DE SEGURO SOCIAL

RELACION AL PACIENTE

NOMBRE DE EMPLEO

I.D. #

GRUPO #

EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFIQUE A: (LISTE NOMBRE Y TEL. DE ALGUIEN NO INCLUIDO EN ESTA FORMA)

NOMBRE _____ **NO. DE TEL ()** _____

FAVOR DE NO ESCRIBIR BAJO LA LINEA