



INFORMACION DEL PACIENTE

(Por favor de escribir claramente)

Apellido		Nombre		I.
Dirección		Ciudad	Estado	Codigo postal
Numero de tel.		Tel. de trabajo		Cellular
Fecha de Nacimiento	Sexo: M / F	<input type="radio"/> Soltero/a <input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Seperado/a <input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Viudo/a		
Seguro Social		Lugar de Empleo		Occupacion
Domicilio de empleo		Ciudad	Estado	Codigo postal
Que Doctor lo referio hoy?				

PERSONA RESPONSABLE DE SU CUENTA:

Apellido		Nombre		I.	Relacion al Paciente:
Domicilio		Ciudad	Estado	Codigo postal	
Numero de tel.		Tel. de trabajo		Cellular	

INFORMACION SOBRE SU ASEGURANSA

Aseguransa Primaria		Aseguransa Secundaria	
Tipo de Aseguransa: <input type="radio"/> Medicare <input type="radio"/> PPO <input type="radio"/> HMO - Dr. de cuidado primario:			
<input type="radio"/> Indemnity Plan <input type="radio"/> Trabajadores de Compensacion - Fecha que se lastimo:			
<input type="radio"/> Otro:		Co-Pay:	
<input type="radio"/> Paciente Privado - Metodo de pago: <input type="radio"/> Efectivo <input type="radio"/> Cheque <input type="radio"/> VISA <input type="radio"/> MasterCard			

POR FAVOR DE PRESENTAR SUS TARGETAS DE ASEGURANSA AL LAS RECEPCIONISTAS

Yo autorizo a Neurosurgical Associates o a la compania de mi aseguransa que dea cualquier informacion requerida para procesar mis demandas de seguro. Tambien autorizo que mi aseguransa pague mis beneficios a NSA of SB. **Porque hay diferentes tipos de seguros, es ultimadamente mi responsabilidad ser informado completamente de mis beneficios.** Ademas, si mi cita con Neurosurgical Associates no ha sido autorizada ni referida hoy par mi medico de la atencion primaria, me consideraran un paciente que paga privado, y sere responsable del pago. Entiendo que Neurosurgical Associates pueden intentar obtener la autorizacion retroactiva, pero si no es posible, acuerdo a pagar todas las cargas. Entiendo que soy financieramente responsable de la cantidad completa que no sean cubiertas por mi seguro.

Firma _____ **Fecha** _____

(Si no firma, no podemos mandar la cuenta a su segura)