

Nro. de seguridad social #: _____ - _____ - _____
 Apellido: _____ Primer Nombre: _____
 Fecha de Nacimiento ____ - ____ - _____ Sexo: _____ Estado civil: S C D V
 Dirección postal: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. Postal: _____
 Nro. tel. particular: _____ - _____ - _____ Trabajo: _____ - _____ - _____ Nro. tel. celular: _____ - _____ - _____
 Se menor de edad Partido responsable: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección postal: _____
 Contacto por emergencia médica _____ Nro. tel. _____

Por favor conteste lo siguiente como parte de los requisitos federales de información:

Etnicidad: Hispano/Latino No Hispano/Latino Se niega a reportar **Lenguaje Primario** _____
Raza: Blanco Negro/Afroamericano Asiático Indio Americano/Nativo de Alaska Nativo de Hawái Otro/Múltiple Se niega a reportar
El consumo de tabaco: Cada día Ocasional Ex Nunca Se niega a reportar
Altura: ____ pies. ____ pulgadas. **Peso:** ____ libras **Dirección de correo electrónico:** _____
Alergias: No alergias conocidos **Tipo de Reacción**
 Medicamentos: _____ Leve Moderada Mayor _____
 _____ Leve Moderada Mayor _____
 Otro : _____ Leve Moderada Mayor _____
Medicamentos: Ningún Medicamentos
 Nombre de Droga : _____
 Osage: _____
 Pharmacia: _____

Información De Seguro

Mismo Como Paciente
Nombre del suscriptor: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____ Relación al Paciente: _____
 Dirección postal: _____ City: _____ Estado: _____ Cód. Postal: _____
 Teléfono: _____ Nro. tel. celular: _____
Seguranza Principal: _____
 Grupo#: _____ Póliza # _____
Seguranze Secundaria: _____
 Nombre del suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Grupo #: _____ Póliza # _____

Yo, el abajo firmante, por este medio declaro que yo seré responsable de pagar por los servicios proporcionado a me hoy por Orange County Diagnósticos se es que me compañía de seguro rechazaría de pagar por la razones relacionadas de falta de remisión y/o autorización. Soy responsable del deducible, del con pagó, y del servicio no cubierto (según lo determinado por mi asegurador.) Por lo tanto, renuncio as mis derechos as no ser facturados conforme as me contrato de seguros. Se no puedo hacer el pago de cualquier saldo deudor, yo (nosotros) se compromete a pagar todos los costos de las colecciones incluyendo los honorarios razonables de abogados y el costo tribunal debo (nosotros) no paga el monto adeudado a su vencimiento. Su firma en esta forma se reconoce que usted está de acuerdo en asumir toda la responsabilidad financiera de todos los servicios prestados en caso de que se enumeran a continuación:

1. Los servicios no están cubiertos por el seguro de transporte de su plan de beneficios; o
2. No servicios no han sido aprobados para el pago de otra por su seguro.

Yo autorizó Orange County Diagnósticos la liberación de cualquier información necesaria para un proceso de reclamación de seguro.

Firma de el Paciente/Guardián: _____ **Fecha:** _____
Nombre en Letra de Molde: _____
Relación al paciente: _____