



Uso De la Oficina Solamente

MRN \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: M F

Estado Civil: Soltera/o Casado Divorciado Viuda

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Alternativo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_

**Información del esposo, del padre o del guardián** (Requerido si el paciente no es asegurado primario o si es menor de edad)

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: M F

Estado Civil: Soltero/a Casado Divorciado Viuda Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Alternativo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_

**Contacto De la Emergencia** (El pariente o el amigo más cercano que no vive en su casa)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono Residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Teléfono Alternativo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_

**Para Casos De Compensación de Trabajadores Y De los Daños Corporales SOLAMENTE.** (del paciente, del esposo, del padre o del guardián como aplicable)

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Fecha de lesión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Demanda #: \_\_\_\_\_

Administrador de Reclamos o Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Grupo/Cuenta #: \_\_\_\_\_

Especialista de Reclamos: \_\_\_\_\_

Qué clase de accidente? : Automóvil  Trabajo  Otro: \_\_\_\_\_

**Reconocimiento de Responsabilidad Financiera**

Yo autorizo el tratamiento del paciente nombrado arriba. Yo autorizo a mi seguro de las prestaciones que deberán pagarse directamente al Condado de Orange Diagnóstico. 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. Los servicios no han sido aprobados para el pago de otra por su seguro. Nota: Algunos de seguros podrán exigir pre-certificación y / o autorización de servicios de imágenes de radiología. Reconozco que si no se aprueba la autorización previa para los servicios prestados. Voy a ser financieramente responsable de todos los cargos incurridos durante mi visita. Yo autorizo la liberación de cualquier información necesaria para un proceso de reclamación de seguro. Me permitirá una fotocopia de esta autorización para ser utilizado en lugar del original.

Firma de el paciente/guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_