

Rose Avenue Family Medical Group

Nombre Del Paciente: _____ Otros Nombres _____

Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____

Direcion _____ Ciudad _____ Estado _____

Codigo Postal _____ # de telefono de casa _____ # de celular _____

de trabajo _____

de telefono que prefiere que le hablemos _____

Dirreccion de correo electronico _____

Idioma
Hablado _____ Etnicidad _____ Raza _____

Farmacia
Preferida _____ Direccion _____

Nobres de familiars que son pacientes y relacion con el paciente y fecha de nacimiento

Contacto en caso de emergencia _____

de telefono _____

Lugar de empleo del paciente _____ Ocupacion _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____

Codigo Postal _____ Nombre actual del seguro _____

Por la presente, yo autorizo a Rose Ave Medical Group facilitar a la (s) de seguros arriba mencionados, toda la informacion medico que dicha (s) companie (s) de seguros requiera (n). Por la presente cedo a Rose Avenue Medical Group todo el dinero al que tengo derecho por gastos medicos y/o quirurgicos, relativos al servicio prestado por el, pero sin exceder mi adeudo con dicho medico. Se entiende que cualquier cantidad que se reciba de la companie (s) de seguros, arriba mencionada(s), superior o por encima de mi adeudo, se me reintegrara cuando mis facturas sean liquidadas totalmente. Entiendo que me responsabilizo financieramente ande dicho Doctor por loas cargos que no sean pagados por el trabajo, en caso de que se niegue el pago, estoy, de acuerdo tambien, en cubrir el costo de adeudo y/o los costos de Corte asi como los honorarios de abogados en caso de que se requieran. Entiendo que el pago debe efectuarse en el momento en que reciban los servicios a menos que se hayan hecho ostrom arreglos en la oficina del Doctor.

Firma _____ Fecha _____
Paciente o representante autorizado