

**INFORMACION DEL PACIENTE**

|   |  |
|---|--|
| Nombre del Paciente: _____  | Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____         |
| O Casado(a) O Soltero(a) O Divorciado(a) O Viudo(a)                         | Sexo: O M O F      Peso: _____                 |
| Nombre del Esposo(a): _____   | No. Licencia de Conducir: _____                |
| Direccion: _____  | No. Seguro Social: _____                       |
| Ciudad: _____ Estado: _____ Cod. Postal: _____                              | Ocupacion del paciente: _____                  |
| Telf. Habitación: _____ Celular: _____                                      | Nombre del Empleador: _____                    |
| Telf. Trabajo: _____ Otro: _____  | Direccion: _____                               |
| Correo Electronico: _____   | Ciudad: _____ Estado: _____ Cod. Postal: _____ |
| Contacto en caso de emergencia (que no viva con Ud.): _____ Telefono: _____ |  |

**Si el paciente es menor de edad, por favor completar esta seccion**

|   |  |
|---|--|
| Nombre de la persona responsable: _____   |  |
| Direccion: _____  |  |
| Ciudad: _____ Estado: _____ Cod. Postal: _____  |  |
| Nombre de la Madre: _____   | Nombre del Padre: _____                        |
| Telefono del Trabajo: _____   | Telefono del Trabajo: _____                    |
| Direccion: _____  | Direccion: _____                               |
| Ciudad: _____ Estado: _____ Cod. Postal: _____  | Ciudad: _____ Estado: _____ Cod. Postal: _____ |
| Si los padres son divorciados, Quien tiene la custodia?    O Madre    O Padre    O Ambos    O Otros |  |

**Persona Responsable (si no es el paciente)**

|  |  |
|--|--|
| Nombre: _____                                  | No. de Seguro Social: _____                    |
| Direccion: _____                               | No. de Licencia de Conducir: _____             |
| Ciudad: _____ Estado: _____ Cod. Postal: _____ | Empleador: _____                               |
| Telefono de habitacion: _____                  | Direccion: _____                               |
| Telefono del trabajo: _____                    | Ciudad: _____ Estado: _____ Cod. Postal: _____ |
| Doctor de Familia: _____                       | Referido Por: _____                            |
| Direccion: _____                               | Direccion: _____                               |
| Ciudad: _____ Estado: _____ Cod. Postal: _____ | Ciudad: _____ Estado: _____ Cod. Postal: _____ |
| Telefono: _____                                | Telefono: _____                                |

## INFORMACION SOBRE EL SEGURO

### Suministro de Records

**Esto debe ser completado si los cargos seran sometidos al seguro por nosotros o por Ud.**

Autorizo a Miami Hearing and Speech Center a que suministre a mi seguro cualquier informacion adquirida en el transcurso de mi evaluacion o tratamiento.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### Asignacion de Beneficios

**Esto debe ser firmado si nuestra oficina sometera cargos a su seguro**

Autorizo a mi compania de seguros a realizar pagos por concepto de beneficios medicos a Miami Hearing and Speech Center, Audiology Consultants of Boynton Beach y Neuro-Audiology Consultants por servicios prestados. Entiendo que soy responsable por cualquier pago pendiente que el seguro no cubra.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### Exoneracion del Seguro

**Debe ser firmado por, o por parte de, todos los pacientes.**

Entiendo que los servicios impartidos a mi persona pueden no ser beneficios cubiertos por mi compania de seguros. Me comprometo personalmente a ser responsable por cualquier pago por servicios prestados. De igual manera me comprometo a pagar cualquier co-pago y/o deducible requeridos por mi compania de seguros.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### Aviso de Practicas Privadas

**Debe ser firmado por, o por parte de, todos los pacientes**

He tenido la oportunidad de leer y de recibir una copia del "Aviso de Practicas Privadas" (NPP por sus suglas en Ingles) de Miami Hearing and Speech Center, Neuro-Audiology Consultants y Audiology Consultants of Boynton Beach. El NPP tiene informacion detallada acerca de como la oficina hace uso y divulga mi informacion confidencial.

El proveedor se reserva el derecho de cambiar las practicas privadas que se describen en el NPP. Entiendo que me sera prevista o estara disponible una copia de cualquier cambio en el Aviso.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### Informacion del Seguro Primario

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Empleado: \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cod. Postal: \_\_\_\_\_

No.de telefono: \_\_\_\_\_

**Tiene seguro secundario?  Si  No**

**Si lo tiene, la recepcionista necesita la informacion de manera que su reclamo sea sometido apropiadamente**