

PEDIATRIC SURGICAL ASSOCIATES OF FORT WORTH

W. Glaze Vaughan, M.D. ~ David P. Bliss, Jr., M.D. ~ C. Thomas Black, M.D. ~ Jose L. Iglesias, M.D.

Informacion Del Paciente

NOMBRE DEL PACIENTE (Nombre, Inicial Segundo Nombre, Apellido)	FECHA DE NACIMIENTO	TELEFONO PRIMARIO	TELEFONO DE EMPLEO/CELLULAR
DIRECCION		NUMERO DE SEGURO SOCIAL	
CIUDAD, ESTADO, ZONA POSTAL	<input type="checkbox"/> NINO <input type="checkbox"/> NINA	<input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> OTRO	
NOMBRE DEL DOCOTOR REFERIDO Direccion/Ciudad/Estado/Telefono	COMO ESCUCHO SOBRE NOSOTROS?		
NOMBRE DEL MEDICO PERSONAL DEL NINO(A) Direccion/ Ciudad/ Estado/ Telefono			

Persona Que Trajo Al Paciente {Porfavor Circule}: Madre, Padre, Guardian Legal, Otro

PERSONA RESPONSABLE (Nombre, Inicial Segundo Nombre, Apellido)	TELEFONO PRIMARIO	TELEFONO DE EMPLEO/CELLULAR
DIRECCION	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL
CIUDAD, ESTADO, ZONA POSTAL	CORREO ELECTRONICO	RELACION AL PACIENTE
NOMBRE Y DIRECCION DE EMPLEO		

Aseguransa Primaria

QUIEN ES EL ASEGURADO {ESCOJA UNO}
 Paciente (igual que arriba) Persons Responsable (igual que arriba) Otro (llene abajo)

PRIMER COMPANIA DE ASEGURANSA	NOMBRE DEL ASEGURADO (Nombre, Inicial Segundo Nombre, Apellido)		
DIRECCION DE ASEGURANSA	DIRECCION DEL ASEGURADO (Direccion/Ciudad/Estado/Telefono)		
CIUDAD, ESTADO, ZONA POSTAL DE ASEGURANSA	FECHA DE NACIMIENTO	TELEFONO PRIMARIO	TELEFONO DE EMPLEO/CELL
	NUMERO DE SEGURO SOCIAL		RELACION AL PACIENTE
NUMERO DE ASEGURANSA	NUMERO DE GRUPO #	LUGAR DE-EMPLEO	LAB CORP / QUEST

Aseguransa Secundaria

QUIEN ES EL ASEGURADO {ESCOJA UNO}
 Paciente (igual que arriba) Persons Responsable (igual que arriba) Otro (llene abajo)

SECUNDARIA COMPANIA DE ASEGURANSA	NOMBRE DEL ASEGURADO (Nombre, Inicial segundo Nombre, Apellido)		
DIRECCION DE ASEGURANSA	DIRECCION DEL ASEGURADO (Direccion/Ciudad/Estado/Telefono)		
CIUDAD, ESTADO, ZONA POSTAL DE ASEGURANSA	FECHA DE NACIMIENTO	TELEFONO PRIMARIO	TELEFONO DE EMPLEO/CELLULAR
	NUMERO DE SEGURO SOCIAL		RELACION AL PACIENTE
NUMERO DE ASEGURANSA	NUMERO DE GRUPO #	LUGAR DE-EMPLEO	LAB CORP / QUEST

Informacion De Otro Padre/Guardian Legal {Porfavor Circule}: Madre, Padre, Guardian Legal, Otro

NOMBRE (Nombre, Inicial segundo Nombre, Apellido)	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL
DIRECCION (Solo Si Es Diferente Que Arriba)	TELEFONO PRIMARIO	TELEFONO DE EMPLEO/CELLULAR
CIUDAD, ESTADO, ZONA POSTAL	CORREO ELECTRONICO	
NOMBRE Y DIRECCION DE EMPLEO		

ALGULEN EN CASO DE EMERGENCIA (Otro Aparte De los Padres)

ALGULEN EN CASO DE EMERGENCIA	RELACION AL PACIENTE	TELEFONO PRIMARIO
ALGULEN EN CASO DE EMERGENCIA	RELACION AL PACIENTE	TELEFONO PRIMARIO

Autorizacion Y Reconocimiento

YO AUTORIZO QUE DE LA INFORMACION NECESARIA PARA QUE LA ASEGURANSA PUEDA PAGAR LA CUENTA DE MI NINO(A). YO AUTORIZO QUE DE LA INFORMACION MEDICA DE MI NINO AL DOCTOR REFERIDO ALGUNA CLINICA DE SALUD. TAMBIEN, AUTORIZO PAGO DE BENEFICIOS MEDICOS A PEDIATRIC SURGICAL ASSOCIATES OF FORT WORTH. YO ENTIENDO QUE AL FALLAR TODOS LOS BALANCES SON MI RESPONSABILIDAD.

YO ENTIENDO QUE PEDIATRIC SURGICAL ASSOCIATES OF FORT WORTH NESECITA PAGO DE LAS CUENTAS QUE MI ASEGURANSA NO PAGE, LAS CUENTAS DE MI ASEGURANSA SECUNDARIA NO PAGE, O EL DEPOSITO DE LA CIRUGIA, FALTA DE NO RECIVIR PAGO PARA ESTE TIEMPO, RESULTARA CANCELADA LA CIRUGIA

FIRMA DEL ASEGURADO O PERSONA AUTORIZADA

NOMBRE

FECHA DE FIRMA