

**CARSON & APPLETON, M.D.**

<b>DATOS DEMOGRAFICOS DEL PACIENTE - USE LETRA DE MOLDE</b>						<b>FECHA:</b>	
APELLIDO		NOMBRE		INICIAL	FECHA DE NACIMIENTO		EDAD
DIRECCION (SI ES DIFERENTE DE LA PERSONA RESPONSABLE)				TELEFONO (DOMICILIO) (    )			SEXO <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> H
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL		PACIENTE VIVE CON <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> OTRO:			
<b>PADRE O ENCARGADO DEL PACIENTE</b>							
APELLIDO		NOMBRE		INICIAL	TELEFONO		TEL. TRABAJO - EXT#
DIRECCION				FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL		SEXO	NUMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR    ESTADO		
NOMBRE DEL EMPLEO		DIRECCION				OCUPACION	
<b>OTRO PADRE O ENCARGADO DEL PACIENTE</b>							
APELLIDO		NOMBRE		INICIAL	FECHA DE NACIMIENTO		TELEFONO (DOMICILIO)
NOMBRE DEL EMPLEO		TELEFONO (TRABAJO)	NUMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR		ESTADO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	
<b>PEDIATRA O MEDICO QUIEN LO REFIRIO A NUESTRA OFICINA</b>							
NOMBRE DEL MEDICO		DIRECCION		TELEFONO		RAZON DEL REFERIDO	
<b>EN CASO DE EMERGENCIA</b>							
NOMBRE		DIRECCION				TELEFONO	
<b>INFORMACION DE SU SEGURO MEDICO - LA TARJETA DE SU SEGURO ES NECESARIA</b>							
NOMBRE DE LA COMPAÑIA		FAVOR DE TACHAR UNO ___ HMO ___ PPO ___ POS ___ EPO		DIRECCION			
CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL				¿REFERIDO NECESARIO? ___ SI    ___ NO		TELEFONO	
NUMERO DE IDENTIFICACION				NUMERO Y NOMBRE DEL GRUPO			
<b>NOMBRE DEL ASEGURADO</b>							
APELLIDO DE ASEGURADO		NOMBRE			FECHA DE NACIMIENTO		
DIRECCION (SI ES DIFERENTE QUE ARRIBA)		NUMERO DE SEGURO SOCIAL			RELACION AL PACIENTE		
<b>ARREGLOS DE PAGO - FAVOR DE FIRMAR</b>				<b>PERMISO PARA OBTENER LA HISTORIA CLINICA</b>			
Autorizo el pago al medico mencionado arriba por los servicios realizados. Entiendo que soy responsable por cualquier cantidad que el seguro no pague.				Doy mi permiso para obtener cualquier informacion que sea necesaria para procesar esta factura. Solicito que pago de beneficios del gobierno sean rendidos a mi personalmente o a la persona que acepta asignacion de pago. Certifico la informacion dada es cierta y correcta. Entiendo que es ilegal dar datos que son falsos e omitir datos importantes.			
X				X			
FIRMA DEL ASEGURADO		FECHA		FIRMA DEL ASEGURADO		FECHA	

POLIZA DE PAGO: PAGO SE VENCE EL DIA DE SERVICIO, A MENOS QUE HAYA HECHO ARREGLOS PREVIOS CON NUESTRA OFICINA DE NEGOCIOS.