



Fecha: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha De Nacimiento ___/___/___ H__ M__ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____
Calle Apt No. Ciudad Estado Zip

Teléfono: (____) _____ Trabajo:(____) _____ Cell:(____) _____

Doctor Primario: _____

Cómo se enteró de nuestra oficina: MD___ Amigo___ Radio___ Yelp___ Otra _____

- ¿Su problema es relacionado con su trabajo? S__ N__
Si sí, NO complete la sección de su seguro médico. Sólo complete la parte de compensación al trabajador.
- ¿Su problema es relacionado a un **Accidente de Auto**? S__ N__
Si sí, NO complete la sección de su seguro médico. El pago es esperado el día de la visita.

INFORMACION DE SEGURO MEDICO:

Seguro Primario: _____ ID# _____

Nombre del Suscriptor: _____ Suscriptor SS# _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____ Relación con el paciente: _____

Seguro Secundario: _____ ID# _____

Nombre del Suscriptor: _____ Suscriptor SS# _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____ Relación con el paciente: _____

SI VAMOS A COBRAR A SU SEGURO MEDICO, UD. TIENE QUE PROVEERNOS SU TARJETA DE SEGURO MEDICO Y FIRME LA AUTHORIZACION:

Yo Autorizo los pago de beneficios medicos a SOMA Orthopedics Medical Group, Inc. o al proveedor de servicios. Yo Doy autorización de cualquier información médica para procesar este reclamo. Entiendo que mi doctor hará todo lo necesario para cobrar a mi aseguranza por los servicios prestados, pero la prueba de covertura y de pagos ultimamente es mi responsibilidad.

Firma Fecha

CITAS OLVIDADAS: Todas las citas deben ser canceladas con 24 hours de anticipación o un pago de \$35.00 serán cobrados. Un pago de \$250 serán cobrados por ciugías y otros estudios que no son cancelados.

FORMAS: Hay un pago adicional para completer muchas de las formas que el doctor tiene que completar. (DMV placard \$15, State Disability \$25, otras formas \$20/página). Pagos serán cobrados con anticipación.

Yo he leído y he entendido toda la información en esta forma.

Firma del Paciente Fecha

Guardian/Representante _____
Imprima su nombre Firma Fecha