



Nombre del paciente: _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Tel de casa: (____) _____ Celular: (____) _____

Dirección: _____ Apt / Unidad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Sexo: Masculino Femenino Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Idioma: Inglés Español Otro: _____

Raza: Blanco Negro Asiático Otro: _____ Origen Étnico: Hispano / Latino o No Hispano/No Latino

Correo electrónico (E-mail): _____

Nombre de la farmacia: _____ Teléfono de la farmacia: (____) _____

Médico de cabecera: _____ Teléfono: (____) _____ Fax: (____) _____

Médico quien refirió: _____ Teléfono: (____) _____ Fax: (____) _____

Empleador: _____ Teléfono: (____) _____ Ocupación: _____

GUARDIÁN/PARTIDO RESPONSABLE:

Nombre del guardián: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ El paciente vive con: _____

Nombre de la madre: _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Dirección (si es diferente): _____ Ciudad: _____ ST: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Correo electrónico: _____

Empleador: _____ Trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____

Nombre del padre: _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Dirección (si es diferente): _____ Ciudad: _____ ST: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Correo electrónico: _____

Empleador: _____ Trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____

SEGURO DE SALUD: * Fotocopia de estas asignaciones será válida como el original

* SEGURO PRIMARIO: _____ Póliza # _____ Grupo # _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: ____ / ____ / ____

Seguro social del asegurado: _____ - _____ - _____ Relación con el paciente: _____

* SEGURO SECUNDARIO: _____ Póliza # _____ Grupo # _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: ____ / ____ / ____

Seguro social del asegurado: _____ - _____ - _____ Relación con el paciente: _____

AVISO A LOS PACIENTES: Proveedor acudirá únicamente a la compañía de seguros contratada para la compensación de los servicios otorgados al asegurado, con la excepción de los copagos, coseguros, deducibles y / o servicios no cubiertos por los acuerdos de salud en su póliza de seguro médico. Declaro que toda la información presentada en la fecha de servicio es completa y exacta. En el caso de que la información del seguro es inexacta o incompleta, el paciente será responsable de todos los cargos incurridos.

AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Autorizo a Sleep Medicine Specialists of South Florida, PA a dar cualquier información a mi compañía de seguros. Yo autorizo el pago directo de cuentas médicas / quirúrgicas a Sleep Medicine Specialists of South Florida, PA. Yo entiendo que soy financieramente responsable al médico de todos los cargos, de cualquier saldo o cuota no cubierta en caso de que no tenga seguro o mi seguro sea cancelado y me quede sin cobertura de salud. Además, entiendo que seré responsable de cualquier y todos los gastos ocasionados por el intento de cobrar esta deuda.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

1350 SW 57 Avenue, Suite 210
Miami, FL 33144

777 E. 25 Street, Suite 320
Hialeah, FL 33013

8726 NW 26 Street; Unit # 3
Doral, FL 33172

Teléfono: (305) 994-1825 Fax: (305) 508-5519 Email: info@southfloridasleeps.com Website: www.southfloridasleeps.com