

PATIENT INFORMATION – INFORMACION DEL PACIENTE

PATIENT NAME <i>NOMBRE DEL PACIENTE</i>		BIRTHDATE <i>FECHA DE NACIMIENTO</i>		GENDER <i>SEXO</i>	MARITAL STATUS <i>ESTADO CIVIL</i>
STREET ADDRESS <i>DIRECCION</i>		CITY <i>CIUDAD</i>	STATE <i>ESTADO</i>	ZIP CODE	SOC/SEC NUMBER <i>NUMERO DE SEGUERO SOCIAL</i>
HOME PHONE <i>TELEFONO DE CASA</i>	CELL PHONE <i>TELEFONO CELULAR</i>	EMAIL ADDRESS <i>EMAIL</i>		PRIMARY CARE PHYSICIAN <i>DOCTOR GENERAL</i>	
EMPLOYER PHONE # <i>TELEFONO DEL PATRON</i>	EMPLOYER NAME <i>PATRON</i>		ARE YOU DISABLED? Y or N <i>ESTA USTED INCAPACITADO</i>		DISABILITY DATE <i>FECHA DE INCAPACIDAD</i>
SPOUSE/GUARDIAN <i>NOMBRE DEL ESPOSO(A)</i>		SPOUSE'S CELL PHONE <i>TELEFONO CELULAR DEL PATRON</i>		SPOUSE'S EMPLOYER <i>PATRON</i>	
EMERGENCY CONTACT <i>CONTACTO DE EMERGENCIA</i>		RELATIONSHIP <i>RELACION</i>	EMERGENCY CONTACT'S ADDRESS <i>DIRECCION</i>		PHONE <i>TELEFONO</i>
FOR REPORT PURPOSES ONLY:	RACE <i>RAZA</i>	ETHNICITY <i>ETNICIDAD</i>		LANGUAGE <i>IDIOMA</i>	
HOW DID YOU HEAR ABOUT DR. DUMOIS? <i>COMO SE ENTERO DE DR. DUMOIS</i>					

PRIMARY INSURANCE INFORMATION – INFORMACION PRIMARIA DEL SEGURO

NAME OF INSURANCE COMPANY <i>NOMBRE DE COMPANIA DE SEGURO</i>		ADDRESS <i>DIRECCION</i>		PHONE <i>TELEFONO</i>	
EFFECTIVE DATE <i>FECHA VIGENTE</i>	PATIENT'S INSURANCE ID # <i>SEGURO DEL PACIENTE ID #</i>		GROUP NUMBER <i>NUMERO DE GRUPO</i>		
NAME OF SUBSCRIBER <i>NOMBRE DEL SUSCRIPTOR</i>		BIRTHDATE OF SUBSCRIBER <i>FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR</i>		RELATIONSHIP OF SUBSCRIBER TO PATIENT <i>RELACION DEL SUSCRIPTOR AL PACIENTE</i>	

SECONDARY INSURANCE INFORMATION – INFORMACION DE SEGURO SECUNDARIO

NAME OF INSURANCE COMPANY <i>NOMBRE DE COMPANIA DE SEGURO</i>		ADDRESS <i>DIRECCION</i>		PHONE <i>TELEFONO</i>	
EFFECTIVE DATE <i>FECHA VIGENTE</i>	**PATIENT'S INSURANCE ID # <i>SEGURO DEL PACIENTE ID #</i>		GROUP NUMBER <i>NUMERO DE GRUPO</i>		
NAME OF SUBSCRIBER <i>NOMBRE DEL SUSCRIPTOR</i>		BIRTHDATE OF SUBSCRIBER <i>FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR</i>		RELATIONSHIP OF SUBSCRIBER TO PATIENT <i>RELACION DEL SUSCRIPTOR AL PACIENTE</i>	

LIFETIME AUTHORIZATION FOR NSURANCE ASSIGNMENT OF BENEFITS AND INFORMATION RELEASE – AUTORIZACION POR VIDA PARA ASIGNACION DE BENEFICIOS Y LIBERACION DE INFORMACION

I hereby give consent to Internal Medicine Specialists to provide whatever treatment they deem necessary to the patient named above. I authorize any insurance company, organization, employer, hospital, physician, dentist, or pharmacist to release any information requested with regard to obtain authorization for future treatment and with regard to processing claims.
I certify the information I furnish is true and correct and that I know it is a crime to fill out this form with facts that I know are false or to leave out facts that I know are important.
I assign payment directly to the physicians, nurse practitioners, or physician assistants at Internal Medicine Specialists which may be due to me from the Medicare program or other health insurance company. I understand I am financially responsible to Internal Medicine Specialists for any non-covered insurance services.

Por este medico doy mi consentimiento a Internal Medicine Specialists para proveer cualquier tratamiento que ellos estimán necesario al paciente en referencia. Autorizo cualquier compañía de seguro, organización, patrón, hospital, medico, dentista o farmacéutico a liberar cualquier informacion requerida para obtener autorizacion para futuro tratamiento y procesamiento de reclamos. Yo certifico que la información que estoy dando es cierta y correcta y que estoy conceinte que es una violación de ley proveer información falsa y/o de informar información intencionalmente sabiendo que es importante. Yo asigno pago directo a los médicos, enfermeras practicante, y/o asistentes médicos en Internal Medicine Specialists que puedan estar debiéndome del programa de medicare o cualquier otra compañía de seguro. Yo entiendo que soy responsable por cualquier deuda financiera a Internal Medicine Specialists por todo servicio no cubierto por servicios de seguro.

Patient or Responsible Party: _____ **Date:** _____
All necessary lab work will be billed separately by an independent laboratory. Please notify the medical assistant of any special laboratory requirements.

Paciente o persona responsable: _____ **Fecha:** _____
Todo trabajo de laboratorio será facturado por separado por el laboratorio independiente. Favor de notificarle a la enfermera de cualquier requerimiento especial de laboratorio.

COMMERCIAL INSURANCE – SEGURO COMERCIAL

I hereby authorize release of information necessary to file a claim with my insurance company and assign benefits otherwise payable to me to the doctor or group indicated on the claim. I understand I am financially responsible for any balance not covered by my insurance carrier. A copy of the signature is as valid as the original.

Yo autorizo que se ofresca la información necesaria para así someter un reclamo con mi compañía de seguro y que los beneficios sean asignados a mi o de otro modo a mi doctor o el grupo indicado en la forma del seguro. Yo tengo entendido que yo soy responsable por cualquier balance que mi seguro no cubra. Una copia de esta firma es valida como la original. El pago es requerido al tiempo que se rinden los servicios a todo paciente no asegurado. Alguien de nuestro departamento de seguro puede asistirle si necesita un arreglo de pagos mensuales. Nosotros podemos asistirle en llenar las formas para su seguro. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguro. Usted es responsable de los pagos.

Payment is requested at time of service for self-pay patients. A bookkeeper can assist you if arrangements must be made. We will be glad to assist with insurance forms. Your policy and coverage is a contract between you and your insurance company. You are responsible for all payments.

Signature / Firma: _____ **Date / Fecha:** _____