

Nombre del paciente (apellido, nombre): _____

Dirección de la casa : _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Dirección postal: _____

Estado del paciente: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo/a ☐ Otro

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Dirección de correo electrónico: _____

de Seguro Social: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Relacio con Paciente: _____ Teléfono : _____

Parte responsable

Nombre (apellido, nombre): _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cremallera: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Dirección de correo electrónico: _____

_____ # de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____

Información sobre el seguro

Seguro Primario: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de reclamaciones: _____

Número de póliza: _____

Número de grupo: _____

Información secundaria del seguro: Debe marcar una casilla.

☐ **NO tengo seguro secundario**

Al marcar esta casilla, acepto la responsabilidad financiera de la parte secundaria de mis reclamos.

☐ **Sí, tengo un seguro secundario:** _____

Número de teléfono: _____

Dirección de reclamaciones: _____

Número de póliza: _____

Número de grupo: _____

Beneficios, Autorización de Divulgación de Información Médica y Reconocimiento de Responsabilidad Financiera:

Solicito que los beneficios de mi seguro, si los hay, se paguen directamente al proveedor. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para proporcionar servicios o procesar reclamos. Como parte responsable, entiendo que soy personalmente responsable del monto total de mi reclamo y que los beneficios del seguro

pueden ser limitados o inexistentes. Acepto notificar a Arise Prosthetics de inmediato sobre cualquier cambio en mi cobertura o estado de seguro.

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por mi seguro. En caso de incumplimiento, acepto pagar hasta un 50% de cargo adicional a los saldos impagos que requieran una agencia de cobranza. También a pagar las costas judiciales, los intereses permitidos por la ley y los honorarios de abogados incurridos a causa del incumplimiento.

Fichado: _____ Fecha: _____