

Northeast Ear, Nose & Throat Center

Nombre del Paciente _____
(Apellido) (Primer) (Medio) (de soltera)

Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Masculino / Femenino (un círculo)

Estado Civil (un círculo) Solo/a casado/a viudo/a divorciado/a

Raza: Indian negro asiático más de una raza hawaianos otros isleños del Pacífico Blanco

Origen étnico: ___Hispano o Latino

Dirección de Casa _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de la casa _____ de trabajo _____ Celular _____ Mensajes mobil? ___

Doctor De Familia _____

Padre/tutor (si paciente es un menor) _____

Dirección de correo electrónico _____ Empleador _____

Información de contacto de emergencia

Padre _____ Teléfono de la casa _____

Teléfono de trabajo _____ Celular _____

Póliza de seguro de titular de la información

Nombre del titular de la póliza _____

Fecha de nacimiento del sosteniente del titular de la póliza _____

SS# del sosteniente de la póliza _____ Empleador del sosteniente de póliza _____

Los pacientes de Medicare: Su deducible y co-pagos son debidos en el momento de servicio a menos que pueda demostrar que su deducible se ha cumplido y tiene cobertura de seguro suplementario.

Los pacientes de Medicaid: Usted debe presentar una copia de su tarjeta actual, a fin de ser visto. Co-pagos deben ser pagados en el momento del servicio. Carolina Access requiere que tengamos una referencia de su doctor primario antes de ser visto. **Indemnización de trabajadores:** Usted debe presentar un número de reclamación y un numero de telefono de los empleadores. Vamos a llamar a su empleador para validar su reclamo. Si no es autorizado, usted debe pagar por visita.

Deducibles y co-pagos vencidos y exigibles en el momento del servicio. Esto también incluye los cargos de cirugía. Si no somos contratados con su compañía de seguros, el pago completo se debe en el momento del servicio. Como una cortesía, que van a presentar su reclamación de seguro de reembolso. Pacientes sin seguro son elegibles para un descuento de 30% y pagar por entero lo debido por cada visita. Si su cuenta tiene más de 60 días de edad sin actividad de pago, se le enviará un aviso previo de 30-días para el pago total o para crear un plan de pago. A finales de los 30 días, si no se han hecho arreglos, la cuenta será entregada a una agencia de cobros. Yo entiendo y acepto que soy responsable en última instancia por el saldo de mi cuenta para cualquier profesional de los servicios prestados.

Firmado (el paciente) _____ Fecha _____

AUTORIZACIÓN PARA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN PARA LA EMPRESA DE SEGUROS: (Con el fin de presentar su seguro, usted debe firmar y poner la fecha de esta autorización.) Yo autorizo NorthEast Ear, Nose & Throat Center que libere a todos los médicos y otra información necesaria para mi proceso de reclamaciones de seguros en el cumplimiento de las normas de privacidad HIPAA. Además, autorizar el pago de las prestaciones médicas a NorthEast Ear, Nose & Throat Center de mis servicios. Entiendo que esta autorización permite la liberación de toda la información en mi archivo, incluida la información relativa a cualquier dependencia química y / o tratamiento y las pruebas del VIH. También entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.

Firmado _____ Fecha _____
(Padre de Custodia / Guardian Legal)

Si el paciente es un menor de edad: Yo _____, privativas dela libertad del padre / tutor legal de _____ yo doy mi consentimiento para que NorthEast Ear, Nose & Throat Center para el tratamiento de él / ella. Yo acepto la responsabilidad financiera para estos tratamientos.

Firmado _____ Fecha _____
(Padre de Custodia / Guardian Legal)