

**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 \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

**Información de contacto de emergencia**

Padre \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Doctor De Familia \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

**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.*

**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 número de teléfono de los empleadores. Vamos a llamar a su empleador para validar su reclamo. Si no es autorizado, usted debe pagar por visita.

**Firmado** (el paciente) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Si el paciente es un menor de edad:** Yo \_\_\_\_\_, privativas de la 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)

**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)