

ASSOCIATES IN CARDIOLOGY, PA

Nombre del Paciente Apellido Nombre					Fecha de Nacimiento	
Direccion			Apt.	Ciudad	Estado	Codigo Postal
No de telefono	No de celular	Estado Civil	Sexo	Ocupacion		
Empleador	Direccion del empleador	Ciudad	Estado	Codio postal	No de trabajo	
Nombre de esposo/a		Empleador de esposo/a			No.de trabajo de esposo/a	
Contacto de emergencia		Relacion al paciente			No.de telefono	
Referido Por			Correo electronico			
Race (please circle): African/American (Black) ; White; Hispanic/Latino; Native American; Asian or Pacific Islander; Answer Declined			Ethnicity (Circle if Declined) Hispanic Not Hispanic		Idoma	
Farmacia Preferida			Farmacia ciudad y estado		Telefono de farmacia	

BILLING AND INSURANCE INFORMATION

Seguro Medico Primario		Numero de poliza	Numero de grupo
Afiliado		Relacion con el paciente	
Seguro Medico Primario		No. iden de poliza	No. iden de grupo
Afiliado		Relacion con el paciente	
RESPONSIBLE PARTY		Last Name	First Name
Home Address		City	State

ASUNCION DE RESPONSABILIDAD

Su poliza de seguro es un contrato entre usted y su compania de seguros. Apreciamos el pronto pago de usted, del saldo, despues de que su seguro pague.

AUTORIZACION DE DIVULACION DE INFORMACION/AUTORIZACION ANUAL

El abajo firmante autoriza AIC para liberar toda la informacion relativa al tratamiento de los pacientes a su compania de seguros o empresas. Solicito que el pago de beneficios autorizados para los servicios a mi AIC hacerse directamente al AIC.

FIRMA: _____ FECHA: _____

SOLO PACIENTES DE MEDICARE: ASIGNACION DE CMS/AUTORIZACION ANUAL

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se haga en mi nombre a los a AIC por cualquier servicio que me brinden.

Firma: _____ Fecha: _____