DATOS DEL PACIENTE FECHA: _____

QUEEN CITY GASTROENTEROLOGY & HEPATOLOGY, PC

Patient's Full Name: _____
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

_____
Direccion Ciudad Estado Codigo Zip

_____ _____
Telef. de Casa Telef. de trabajo

_____ Marital Status: Single Married
Fecha de Nacimiento Edad Sexo Separated Divorced Widowed

_____
Ocupacion del paciente Empleado por Direccion

_____
Nombre de Esposo(a) Fecha de Nacimiento

_____
Ocupacion de Esposo(a) Empleado por Direccion

_____
Responsable (Persona responsible de pagos) Direccion Telefono

INFORMACION DE SEGURO MEDICO (Por favor, incluya copia de seguro o tarjeta de Medicare - parte delantera y trasera)

de Medicare: _____ Nombre en tarjeta Medicare: _____

_____
Certificado o Numero de Poliza Numero de Grupo

_____
Nombre de Compañia de Seguro Nombre del Asegurado

_____
Reclamaciones se deben enviar a

_____
Certificado o Numero de la poliza Numero de Grupo

_____
Nombre de Compañia de Seguro Nombre del Asegurado

_____
Reclamaciones se deben enviar a

Este es autoriza a Queen City Gastroenterology & Hepatology, PC a revelar cualquier información médica necesaria para procesar mis reclamos a Medicare y/o de seguros. También solicita el pago de beneficios a mí mismo o para la parte que acepta la asignación.

Firmo _____

Familiar o pariente cercano viviendo con usted:

_____
Nombre Direccion Telf. de Casa Telf. de Trabajo