

Erick H. Alayo, M.D.
353-A Church Ave, Chula Vista, CA 91910

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Direccion _____ Telefono () _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Estado Civil S ___ C ___ V ___ Sep ___ D ___ No Seg. Soc. _____

Ocupacion _____ Paciente Empleado por _____

Nombre de Seguro Principal _____ Suscriptor No. _____

En caso de emergencia, a quien se debera notificar? _____

Telefono () _____ Direccion _____

Relacion con el Paciente _____

Personas autorizadas de recibir informacion de su condicion medica(ej. Esposo, vecino, hijos, etc) _____

Recibi el " Notice of Health Information Practices"

Esta el paciente cubierto por seguro adicional?

Nombre del Suscriptor _____ No. Seg. Soc. _____

Relacion con el Paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Direccion _____ Telefono _____

Suscriptor Empleado por _____ Ocupacion _____

TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION

Yo, el suscrito, certifico que yo (o las persona a mi cargo), tengo (tiente) cobertura de seguro con _____ (nombre de la(s) Compania(s) de Seguros) y traspaso directamente al Dr. Erick H, Alayo todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de que son pagaderos a mi, por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, ya sea que son pagados por el seguro o no.

Medicare/medical

Por el presente yo autorizo al doctor a divulgar toda la informacion que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro.

UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO ES VALIDO COMO EL ORIGINAL.

Firma de la Persona Responsable _____

Fecha _____ Relacion _____