

**Información al paciente (Por favor imprima)**

Fecha / /

Apellido	Nombre	Inicial del Segundo		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono De Casa ( ) -	Número de teléfono de celular ( ) -	Cumpleaños / /	Sexo M F	Marital Status S M D W
Dirección de correo electrónica para paciente encuesta		Ocupación	Empleador	

**Parte responsable (Si es diferente del paciente)**

Apellido	Nombre	Inicial del Segundo		Relación con el paciente
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono De Casa ( ) -	Número de teléfono de celular ( ) -	Cumpleaños / /	Sexo M F	

**Información del Seguros****Seguro de Primaria**

Nombre del Asegurado	Relación con el paciente	Fecha del asegurado de nacimiento / /	
Compañía de Seguros	Numero de póliza	Número del Grupo	
Dirección de reclamación	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre y Dirección de Empleador	Ciudad	Estado	Código postal

**Seguro Secundario (Si aplicable):**

Nombre del Asegurado	Relación con el paciente	Fecha del asegurado de nacimiento / /	
Compañía de Seguros	Numero de póliza	Número del Grupo	
Dirección de reclamación	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre y Dirección de Empleador	Ciudad	Estado	Código postal

Trabajador de casos de Compensación	Trabajadores de la Empresa Compensación	Número de teléfono	Numero de Reclamación	
Si No		( ) -		
Accidente de Auto	Fecha de Accidente	Compañía de Seguros	Número de teléfono	Numero de Reclamación
Si No	/ /		( ) -	

**AUTORIZACION**

Entiendo que soy financieramente responsable por los gastos incurridos por el paciente con nombre anterior mientras está en Algonquin Road Surgery Center. Entiendo que se vendrán todos y cualquier cantidad no cubierto por mi seguro mi responsabilidad y todas las cuentas son pagados en pleno dentro de 90 días. Me authroize la publicación de información financiera o médica anterior llamado compañía/compañías de seguros necesarias para procesar cualquier solicitud de prestaciones con esas empresas de empresa

Firma

Relación con el paciente

Fecha