

<b>Información Personal del Paciente</b>
--

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **# de Seguro Social:** \_\_\_\_\_  
 (Apellido) (Primer Nombre) (Inicial del Segundo Nombre)

**Domicilio:** \_\_\_\_\_  
 (Numero de Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

**Teléfono: Casa:** \_\_\_\_\_ **Teléfono móvil:** \_\_\_\_\_ **Trabajo:** \_\_\_\_\_

**Correo Electronico:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** M \_\_\_ F \_\_\_ **Estado Civil** \_\_\_ Soltero/a \_\_\_ Casado/a \_\_\_ Viudo/a \_\_\_ Apartado/a \_\_\_ Divorciado/a

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Licencia de Conducir/Estado:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Empleador:** \_\_\_\_\_ **Ocupación:** \_\_\_\_\_

**Dirección del Negocio:** \_\_\_\_\_  
 (Numero de Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

**Doctor que lo/a Refirió:** \_\_\_\_\_ **Doctor Primario:** \_\_\_\_\_

**En Caso de Emergencia, a quien debemos notificar:** \_\_\_\_\_ **# de Teléfono:** \_\_\_\_\_

<b>Información de aseguranza</b>
----------------------------------

**Aseguranza Primario:** \_\_\_\_\_

**Identificación de Aseguranza:** \_\_\_\_\_ **# de Grupo:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Efectividad:** \_\_\_\_\_

**Titular de póliza:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **# de Seguro Social:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Aseguranza Secundario:** \_\_\_\_\_

**Identificación de Aseguranza:** \_\_\_\_\_ **# de Grupo:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Efectividad:** \_\_\_\_\_

**Titular de póliza:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **# de Seguro Social:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

<b>Farmacia/ Cobertura de Medicamentos</b>
--

**Farmacia/ Cobertura de Medicamentos/ Medicare parte D:** \_\_\_\_\_ **ID:** \_\_\_\_\_ **Efectividad:** \_\_\_\_\_

**RxBin:** \_\_\_\_\_ **RxPCN:** \_\_\_\_\_ **RxGrupo:** \_\_\_\_\_

**Farmacia Preferida: (Nombre, Ciudad, Calle):** \_\_\_\_\_

<b>Asignación y Lanzamiento</b>
---------------------------------

Por la presente autorizo a **Samy Metyas MD, Inc** de soltar toda la información necesaria para asegurar los pagos de beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todos los envíos de aseguranza. Por este medio, asigno directamente a **Samy Metyas, MD, Ins.** todos los beneficios del seguro, si los hubiera, que de otra forma se me pagarían por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por el seguro. Entiendo que, según los términos de mi plan de salud, es posible que deba pagar un copago en cada visita. El pago se debe al momento en que se prestan los servicios. Todos los servicios no autorizados / no cubiertos están sujetos a una tarifa completa por los servicios. Si por algún motivo no soy elegible al momento de prestar los servicios, seré responsable del 100% de la cuenta. Es mi responsabilidad asegurarme de que soy elegible y obtener todas las autorizaciones necesarias.

\_\_\_\_\_  
**Firma de Parte Responsable**

\_\_\_\_\_  
**Relación**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**