

Affiliated Physician Practice, Inc.

Stephen DeSantis, MD - General Surgery

Jonathan Mayer, MD - OB/GYN

Chart Number

Paciente

Nombre				
Direccion			Ciudad	Estado
Zona Postal	Tele de Casa	Otro Tele		Edad
Estado Marital <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda		Num de Seguro Social		Fecha de Nacimiento / /
Ocupacion		Patron		
Contacto de Emergencia - Nombre			Tele Emergencia	
Doctor particular		Farmacia		
?Quien la refirio a nuestra oficina?				

Aseguranza

Persona Responsable - Nombre de Asegurado		Tele	Otro Tele		
Direccion		Ciudad / Estado		Zona Postal	
Estado Marital <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda		Num de Seguro Social	Sexo M F	Edad	Fecha de Nacimiento / /
Paciente Es: <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Nina <input type="checkbox"/> Otra		Ocupacion			
Patron		Direccion del Patron			

Aseguranza	Num	#-Grupo	#-Plan
------------	-----	---------	--------

Razon por la Cita Hoy

Asignacion de Beneficios - Por este acto asigno todos los beneficios medicos y surgicos que soy autorizada, incluso de programas del gobierno, de aseguranza privada, de beneficios medicos, o del otro plan de salud a Affiliated Physician Practice. Esta asignacion continuara hasta que la revoque por carta escrita. Una copia de esta asgianacion es tan valida como si fuera la original. Comprendo que soy responsable financieramente por todos los cobros si pagados o no pagadospor estas aseguranzas. Por este acto autorizo este asignador que releve toda la informacion para asegurar el pago.

Firma	Fecha
-------	-------