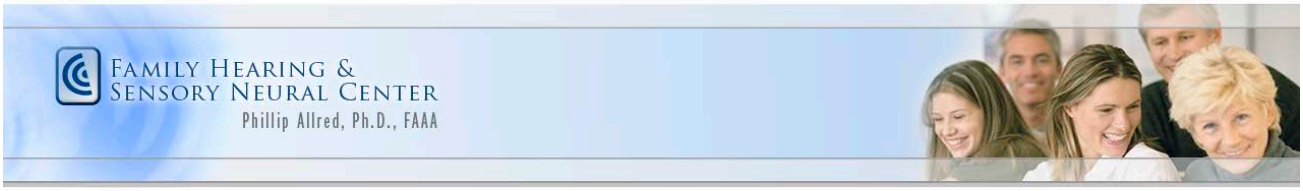



Miembro de la Academia Estadounidense de Audiología - Junta Certificada en Audiología – Presidente anterior de la Academia de Audiología de Texas

**Información del paciente**

Fecha_____

Teléfono (hab.) _____

Nombre del paciente _____ No. Seguridad Social _____-___-_____

Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Dirección_____Ciudad_____ Estado_____

Código postal_____

Marque con un círculo una de las opciones: Soltero(a) Casado(a) Otro Sexo: Masculino Femenino Edad_____

Fecha de nacimiento_____/_____/_____

Empresa donde trabaja_____ y/o Nombre de centro

educativo_____

Médico que lo refiere_____ Médico de

cabecera_____

Correo electrónico_____ ¿Podemos escribirle a esta dirección? __Sí __No

Teléfono (cel.)_____

**Información básica sobre póliza de seguros**

Persona responsable de la cuenta_____

Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Relación con el paciente_____ Fecha de nacimiento _____/_____/_____No. Licencia de conducir _____

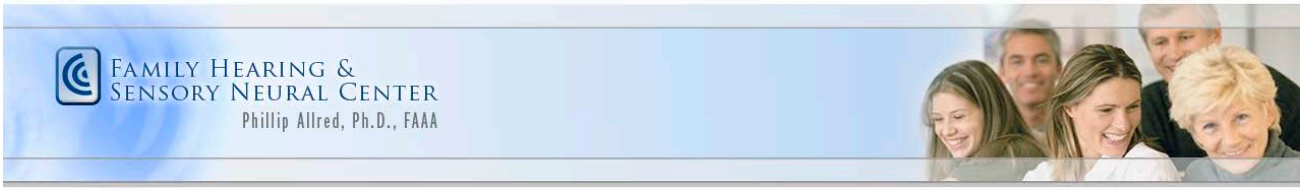
Dirección (si es distinta a la del paciente) _____ Teléfono (diurno) _____

Empresa donde trabaja dicho responsable _____ No. Seguridad Social _____-___-_____

Compañía aseguradora_____ Dirección_____ Estado_____

Código postal_____

Número de póliza o suscripción _____ Número de grupo_____




Miembro de la Academia Estadounidense de Audiología - Junta Certificada en Audiología – Presidente anterior de la Academia de Audiología de Texas

**Póliza adicional**

Nombre del asegurado _____ Fecha de nacimiento _____/_____/_____ No. Licencia de conducir _____

Empresa donde trabaja el asegurado _____ Teléfono (diurno) _____

Compañía aseguradora _____ No. Seguridad Social _____-___-_____

Número de póliza o suscripción _____ Número de

grupo_____

Asignación y divulgación

Yo, el abajo firmante, declaro que cuento con una cobertura médica de la aseguradora _____, y asigno directamente a Phillip Allred todos los pagos por servicios médicos y demás beneficios pagaderos a mi persona. Si estuviera cubierto por MEDICARE, declaro que entiendo que seré responsable por todos los procedimientos no cubiertos por MEDICARE (visita al consultorio, limpieza de oído y aparatos auditivos). Entiendo que soy responsable por todos los cargos cubiertos o no por mi seguro médico. Si mi facturación llega a ser procesada por el Dpto. de Cobranzas, seré responsable por los costos administrativos de cobranza. Además, autorizo por medio de la presente la divulgación de toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios así como todos los informes dirigidos a mi(s) médico(s) tratante(s). Autorizo a que se utilice esta firma en todas las emisiones del seguro.

_____ _____

_____ Firma Relación con el paciente

Fecha