

BOYLE AND TOTH FAMILY MEDICINE, L.L.C.

____ Sr. ____ Sra. ____ Srta.

NOMBRE: _____
Apellido Nombre Inicial

DIRECCION: _____
Calle APT#

Ciudad Estado Codigo Postal

SEGURO SOCIAL #: _____ - _____ - _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

TELEFONO: (____) _____ (____) _____ (____) _____
Casa Trabajo Celular

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ (____) _____
Nombre Relacion # de Telefono

INFORMACION DE

FACTURA : _____
Nombre del Asegurado Relacion Fecha de Nacimiento del Asegurado

Direccion Telefono

NOMBRE DE ASEGURANZA: _____
de Atencion al Cliente

REFERIDO POR: _____

TIENE ALGUN TESTAMENTO O VOLUNTAD DE VIDA? _____ SI _____ NO

Autorizacion y Nombramiento: Yo autorizo que mi informacion medica sea compartida con mi compania de seguro. Tambien nombro a Susan H. Boyle and James M. Toth y a sus doctores autorizados todos los pagos por los servicios ofrecidos hacia mi o mis dependes. Este asignamiento continuara en efecto hasta que sea revocado por mi por escrito. Una copia de esta autorizacion puede ser usada en lugar de la original. El reclamo a la aseguranza (insurance claim) sera hecha solo por el doctor (a) que esten participando en mi plan. Sin embargo, es mi responsabilidad saber que beneficios estan cubiertos. Si mi aseguranza no reembolsa a la oficina en un tiempo oportuno, yo sere responsable por el balance.

Authorizacion para Tratamiento: Yo autorizo y doy mi consentimiento a la examinacion por staff clinico y doctores de Boyle and Toth Family Medicine. Tambien autorizo y doy mi consentimiento a procedimientos, diagnosticos y tratamiento.

Firma del Paciente o Padre/Custodio: _____ Fecha: _____