

# KERN ALLERGY MEDICAL CLINIC, INC

Tonny Tanus, M.D. Eric J Boren, M.D  
Informacion del Nuevo Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ No. de Seg. Soc.: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_ Estado Civil: M \_\_\_ S \_\_\_ W \_\_\_ D \_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Codigo postal \_\_\_\_\_  
Cellular: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_ Farmacia: \_\_\_\_\_

## Seguro Primario

Persona Responsable por la cuenta: \_\_\_\_\_

No. de Seg.Soc. \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relacion del Paciente: \_\_\_\_\_

Direccion (Si es diferente a la del paciente): \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Nombre de Asegurancia: \_\_\_\_\_ # de Poliza: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_

## Seguro Additional

Esta el paciente cubierto por un seguro additional?  SI  NO

Nombre de Asegurancia: \_\_\_\_\_ # de Poliza: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_

Persona Responsable por la cuenta: \_\_\_\_\_

No. de Seg.Soc. \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relacion del Paciente: \_\_\_\_\_

Direccion (Si es diferente a la del paciente): \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

En case de una emergencia, A quien se deberia notificar?: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Referido : \_\_\_\_\_

## Terminos Y Condiciones

Yo, estoy de acuerdo en pagarle a Kern Allergy Medical Clinic, todos los cobros cual no sean rapidamente pagados por la asegurancia o el paciente. Como amabilidad el Dr. Tanus y el Dr. Boren manda a cobrar a la asegurancia pero se que soy totalmente responsable por el pago. Si mi cuenta es referida a un abogado de collecciones o demandada sera puesta a precios de collecciones o abogados rasonables. Si en necesidad para determinar la cobertura de pago y para recibir reembolso, doy mi autorizacion para dar informacion sobre el record del paciente. Doy mi consentimiento a la asegurancia, cobertura por terser persona, empleador, o a cualquier personaposeendo informacio pertinente al paciente para darle en dado caso. Yo, en nombre del paciente/individual acepto y estoy de acuerdo con estos terminus y condiciones.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de Persona Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Polisa de cancelaciones

---

Yo entiendo que esta es la polisa de cancelación de citas para la oficina de Kern Allergy Medical Clinic.

**Se me cobrará:** •\$30 por cualquier cita no presentada  
•\$50 por cualquier cita de procedimiento tipo examen  
(Prueba de alergia o prueba de pulmones)

Para evitar una tarifa; Las citas deben ser canceladas **24 horas** antes de su cita. Si tiene dos citas programadas en el mismo día, estará sujeto a una cuota de \$30 y una cuota de \$50 para ambas citas por un total de \$80.00. Entendemos que emergencias y enfermedades ocurren y por lo cual usted será responsable de notificar a nuestra oficina en el caso de no poder presentarse a la cita.

**La cuota es debida antes de su cita. Si tiene dos cargos no presentados por un total de \$60 o mas debe ser pagado antes de que se pueda hacer otra cita con su doctor.**

Estoy consciente de que puedo dejar un mensaje detallado en nuestro servicio de buzón después de las horas de servicio; si no puedo mantener mi cita. Por favor asegúrese de dejar el nombre del paciente, fecha de nacimiento, el tiempo de cita, y la razón de su cancelación. Nuestra Recepcionista revisará los mensajes cada día. La falta de no dejar un mensaje dará lugar a una cuota de No-Show. De lo contrario, asumimos que la cita se mantendrá con su médico.

Tenga en cuenta que es una llamada de cortesía para recordarle de su cita. Es su responsabilidad de anotar y mantener record de sus citas.

Estas tarifas son su responsabilidad y no son pagadas por su compañía de aseguradora. Por lo tanto pacientes que tengan varias cancelaciones pueden ser despedidos de la oficina.

---

Nombre del Paciente/ Persona Responsable

---

Firma del Paciente/ Persona Responsable  
EB 4/17

Fecha