

# 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 Aseguranza: \_\_\_\_\_ # de Poliza: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_

## Seguro Additional

Esta el paciente cubierto por un seguro additional?  SI  NO

Nombre de Aseguranza: \_\_\_\_\_ # 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 aseguranza o el paciente. Como amabilidad el Dr. Tanus y el Dr. Boren manda a cobrar a la aseguranza 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 determiner la cobertura de pago y para recibir reembolso, doy mi autorizacion para dar informacion sobre el record del paciente. Doy mi consentimiento a la aseguranza, cobertura por terset 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