

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