



Family Practice \* Pediatrics \* Lifelong wellness

**\*PLEASE PRINT CLEARLY\***

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Nombre de paciente (Nombre, Inicial, Apellido) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Sexo: (Masculino\Femenino) Estatus Civil \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Codigo Postal \_\_\_\_\_

Teléfonos (Celular, Casa, Trabajo) \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Idioma Preferido \_\_\_\_\_

Raza:  Asiatica  Negro (a) \ Afro Americano (a)  Blanca  Alguna otra raza: \_\_\_\_\_

Etnicidad:  Hispano (a)  Nohispano  Inespecifico

**\*Asegure'se de que todo la informacion sea correcta y valida\***

**PERSONA RESPONSIBLE POR LOS PAGOS**

Nombre de la parte responsable (Nombre, Inicial, Apellido) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Sexo: (Masculino\Femenino)

Ciudad, Estado, Codigo Postal \_\_\_\_\_

Teléfonos (Celular, Casa, Trabajo) \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

(Anote a alguien que tenga un número de teléfono diferente):Nombre \_\_\_\_\_

Teléfonos (Celular, Casa, Trabajo) \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Hermano (a) \_\_\_\_\_ Hijo (a) \_\_\_\_\_ Esposo (a) \_\_\_\_\_ Amigo (a) \_\_\_\_\_

Otro/especifique: \_\_\_\_\_

**Autorización y reconocimiento**

**La información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente a Kellum Medical Group. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier saldo. También autorizo a Kellum Medical Group o compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar cualquier reclamo.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PARA NUESTROS PACIENTES DE MEDICARE: Medicare paga el 80% de la cantidad que aprueban una vez que ha alcanzado su deducible. Usted es responsable de su deducible y del 20% restante. Si tiene un seguro que cubre el 20% restante, proporciónenos la información, incluso si se inscribió en Medicare Crossover.**