



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.