



# Eisenman & Eisenman M.D.

## ADVANCED GASTRO CONSULTANTS

Paciente Nuevo Formulario De Inscripción

INFORMACIÓN PACIENTE				
Apellido del paciente:		Nombre Primero:		Segundo Nombre:
Dirección:			Ciudad:	Estado: Código Postal:
Teléfono en Casa: ( ) ( )	Teléfono Celular: ( ) ( )	Teléfono del trabajo: ( ) ( )	Dirección de Correo Electrónico:	
La Fecha De Nacimiento: / /	Edad:	Sexo: M F	Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Otro	
Seguro Social #:	El Nombre del Empleador y direccion:			
Raza/ origen etnico:		Rechazar a origen etnico _____		
¿Cuál es su idioma principal? : Ingles Español Otro: _____				
Medico de atención primaria:				

EN CASO DE EMERGENCIA			
Nombre de la Persona de Contacto de Emergencia:		Relación con el Paciente:	Teléfono en Casa: ( ) ( ) Teléfono del trabajo: ( ) ( )

INFORMACIÓN DE SEGURO			
Nombre de Seguro Primario:		Nombre de los suscriptores:	Fecha de Nacimiento del Subscriber: / /
Relación al paciente: Libre Esposo Niño Otro, Especifica Por Favor:			
Nombre de Seguro Secundario:		Nombre de los suscriptores:	Fecha de Nacimiento del Subscriber: / /
Relación al paciente: Libre Esposo Niño Otro, Especifica Por Favor:			

OTRA INFORMACIÓN		
Nombre de la Farmacia:	Ubicación de Farmacia:	Teléfono de Farmacia: ( ) ( )

Yo autorizo la liberación de cualquiera de mi información médica necesaria para el seguro / o prescripción de certificación para procesar reclamaciones de seguros. También autorizo la liberación de mi historial medico a cualquier medico, hospital, o centro de atención de auxiliares que participen en mi atención y la información necesaria para el tratamiento. Solo la información necesaria se dará a conocer cuando se le solicite. Yo entiendo que esta información será enviada fax o por correo a quien solicite la información.

Yo encargo todo mis beneficios médicos, que incluyen mis beneficios médicos mayores a los que tiene derecho el doctor Eisenman & Eisenman, Advanced Gastro Consultants. Esta cesión se mantendrá en efecto hasta revocada por mí por escrito. También estoy de acuerdo que soy responsable por los balances que mi seguro no pague. Además comprendo que soy responsable por algunas deudas y/o cargos legales que incurran como consecuencia de pagos que mi seguro no cubre. \*Una fotocopia de esto será considerada legalmente como documento original.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

.....  
Liberación Autoridad Medica

Para: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del paciente o tutor) que aquí pedir que soltar un informe de mi diagnostico, tratamiento, pronostico y recomendaciones, así como otros datos pertinentes a su tratamiento de mi: \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_: Eisenman, M.D., Advanced Gastro Consultants, 5065 S State Road 7 Lake Worth, FL 33449. Teléfono 561-753-7487/ Fax 561-753-8161

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_