

REGISTRO

Ryan Crenshaw, M. D

Fecha: _____

Apellido _____ Primer nombre _____ M.I. _____ Sexo: M ___ de F ___
Seguro social # _____ (Confidencial; para fines de facturación solo) DOB _____ Estado civil: S M W D

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Por favor, compruebe el método preferido de confirmación de cita:

Casa #: _____ Trabajo #: _____ Celular#: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____ ¿Podemos llamar su lugar de trabajo? Si o No

Correo electrónico: _____

Farmacia: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

Doctor primario /Dirección/Telefono: _____

Proveedor de referencia (si es distinto de PCP) / Dirección/Telefono: _____

Lenguaje: Inglés: ___ Otros: ___ **Origen étnico:** Hispanos ___ Non-Hispanos ___

Raza: Blanco ___ Negro/Afroamericano ___ Asiática ___ Indio Americano/Nativo de Alaska ___

Nativo Hawaiano/Otros Isleños del Pacífico ___ Negar la respuesta ___

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO

Compañía de seguro: _____ Número de póliza: _____ Grupo# _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Relación al paciente: _____

El seguro social del titular de la póliza # _____ DOB _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Casa #: _____ Trabajo #: _____ Celular #: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO SECUNDARIO

Compañía de seguro: _____ Número de póliza: _____ Grupo# _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Relación al paciente: _____

El seguro social del titular de la póliza # _____ DOB _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Casa #: _____ Trabajo #: _____ Celular #: _____

Persona (s) que le gustaría autorizar para recibir/discutir información médica: _____

Persona para contactar en caso de emergencia: _____ Relación/Teléfono#: _____

Cesión y Divulgación de Información

Yo el infrascrito tiene cobertura de seguro con _____ y asigno directamente al Dr. Ryan Crenshaw todos los beneficios médicos, si los hay, de lo contrario pagado a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos pagados o no por el seguro, así como los honorarios del 30% si esta cuenta se envía a las colecciones. Habrá una tasa de interés del 18% APR en todos los saldos vencidos. Por la presente, autorizo al médico a que libere toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todos mis envíos de seguro.

Firma del Asegurado/Tutor: _____ Fecha: _____

Por la presente autorizo a Ryan Crenshaw, MD, PC para solicitar beneficios en mi nombre por servicios prestados y autorizar la divulgación de cualquier información adquirida en el transcurso de mi tratamiento necesario para procesar reclamos de seguros. Solicito el pago de los seguros indicados anteriormente CarriER para ser hecho directamente a Ryan Crenshaw, MD, PC, dándose cuenta de que soy responsable de todos los cargos no cubiertos. También me doy cuenta de que soy responsable de cualquier otro costo incurrido mientras cobro mi saldo (s) pendiente. Reconozco que su aviso de prácticas de privacidad está disponible para mí a petición. Certifico que la información que he reportado es correcta lo mejor de mi conocimiento. Esto es para permanecer en vigencia indefinidamente a menos que sea revocado por escrito por el infrascrito.

Firma del Paciente, Padre o Tutor: _____ Fecha: _____