

**Por favor de escribir la informacion como se aparece en la aseguranza**

**Información de Paciente**

Fecha: \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_ Femenina \_\_\_ Casado(a) \_\_\_ Menor \_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
                     Apellido  Primero  Segundo  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Zona Postal \_\_\_\_\_  
 De Teléfono: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_  
 # De Licencia y Estado \_\_\_\_\_ Nombre de Empleador \_\_\_\_\_  
 Nombre y # de teléfono de una persona en caso de una emergencia:  
 \_\_\_\_\_  
                     Nombre  teléfono  relationship

**Alérgico(a) algún** \_\_\_\_\_

**Información del Fidor** *igual que el paciente* \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: Esposo(a) \_\_\_ Padre \_\_\_ Otro *especificar* \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
                     Apellido  Primero  Segundo  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Zona Postal \_\_\_\_\_  
 De Teléfono: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_  
 # De Licencia y Estado \_\_\_\_\_ Nombre de Empleador \_\_\_\_\_

**Informacion de la aseguranza:**

Grupo de Empleo \_\_\_ Medicare \_\_\_ Medicare Advantage \_\_\_ Medicaid \_\_\_ Chips \_\_\_ Otro \_\_\_  
 Relacion del asegurado al pacientet: Yo \_\_\_ Esposo(a) \_\_\_ Pariente \_\_\_ Otro \_\_\_  
 Informacion del asegurado(a): *igual que el paciente* \_\_\_ Guarantor \_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
                     Apellido  Primero  segundo  Jr./Sr./II etc  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Zona Postal \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento(mm/dd/aaaa) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ Nombre/Numero de Grupo \_\_\_\_\_  
 Numero de grupo \_\_\_\_\_  
 Numero de Medicare \_\_\_\_\_ Numero de Medicaid \_\_\_\_\_

Tiene mas que una aseguranza Si/ No

Firma del Paciente/Fidor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Doy permiso a cualquier personal de Dumas Family Practice, LLA para examinar y prestart cualquier service medico al paciente. Entiendo que puedo ser atendido(a) por un(a) Emfermero(a), Practico(a) o asistente del doctor supervisado por el Dr. Chris L. Bunch. Si deseo ser atendido(a) por el doctor, necesito avisarle a la recepcionista o la enfermera.

Si el paciente es menor de edad, los padres o tutor tendrán que firmar las formas/consentimiento antes de que él o la menor sean atendidos por el doctor de Dumas Family Practice, LLC por cualquier servicio medico. Con la excepción de servicios que pueda recibir el o la menor legalmente sin consentimiento firmado a los servicios ofrecidos hoy y en el future.

Tengo entendido que la aseguranza que yo di es considerado método futuro de pago y no es substitute de pago. Tango entendido que soy totalmente responsable por todos los cargos a pesar de la aseguranza. Al firmar doy permiso que Dumas Family Practice, LLC mande los cobros a la aseguranza y recibir los pagos de los servicios médicos que recibieron, estoy asignando mis beneficios médicos por los servicios médicos que recibí de parte de Dumas Family Practice, LLC/Chris L. Bunch, MD. Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que sea revocado por mi. Una copia de esta forma será considerada válida como la original. Entiendo que los reclamos de aseguranza y estados de cuentas son dados departe de: Dumas Family Practice 120 Beard Ave, Dumas TX 79029.

Entiendo que mi compañía de aseguranza pueda requerir copias de mi expediente antes de pagar por algún cobro. Doy autorización que la oficina de Dumas Family Practice, LLC de información necesaria para asegurar pago por los servicios médicos que recibí.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del garante: \_\_\_\_\_

Solamente si es diferente que el paciente

Relacion al paciente: \_\_\_\_\_