

Nombre: _____			Fecha de Nacimiento: _____		
Name			Date of Birth		
Sexo:	☐ Maculino	☐ Femenina	Number de seguro social: _____		
Gender	Male	Female	Social Security Number		
Estado Civil:	Cas	Sol	Otro		
Marital Status	Married	Single	Other		
Direccion de domicilio: _____					
Street Address					
Ciudad: _____		Estado: _____		Codigo postal: _____	
City		State		Zip Code	
Numero de telefono en casa: _____			Celular: _____		
Home Phone			Cell Phone		
Numero de telefono del empleador: _____			Otro: _____		
Work Phone			Other Phone		
Email: _____					
Preferencia de Contacto:	Carreo	Telefono	Cellular	Trabajo	Email
Contact Preference	Mail	Home #	Cell #	Work #	

Concente Para el tratamiento y el servicio:

La razon para solicitar servicio en Texas Cardiology Associates es que existe una condicion medica que requiere atencion. Yo, Para mi o para este paciente, doy concentimiento a la atencion medica y el tratamiento que mi(s) Medico(s) considere necesario. Entiendo que puedo tener estos proporcionados en otra localidad, pero acepto que se realice aqui.

La Autorizacion para la Divulgacion de Informacion:

Por La Presente autorizo la divulgacion de cualquier informacion medica y otra informacion necesaria para procesar mi(s) reclamo(s) y a los medicos de referencia. Ademas, autoizo la divulgacion de cualquier informacion medica de otros medicos, hospital o servicios medicos a Texas Cardiology Associates segun se considere necesario para mi atencion. Se trata de una autoizacion de por vida al menos que el de abajo firme la revoque especificamente por escrito.

Autorización De Seguro:

Por la presente, asigno a Texas Cardiology Associates todos los beneficios que son o serán pagaderos de cualquier pago de terceros o que es responsable del pago de mis gastos médicos de Texas Cardiology Associates. Autorizo y ordeno a todos los terceros pagadores que paguen todos los beneficios directamente a Texas Cardiology Associates. Esta es una Autorización de por vida, a menos que se revoque específicamente en la escritura del suscrito.

Responsabilidad Financiera:

Aunque los Asociados de Cardiología de Texas intentan proporcionar y estimar el costo como cortesía, entiendo que soy financieramente responsable de la responsabilidad financiera patenal según lo indicado por mi compañía de seguros cuando se procesan las reclamaciones, o si es un paciente en efectivo, la estimación dada por los servicios. Mi compañía de seguros establece el costo real de lo que soy responsable. Confirmaré con mi compañía de seguros si tengo dudas sobre el costo de los servicios.

 Firma de paciente Signature

 Fecha Date



Nombre: _____
Name

Fecha: _____
Date

Medico Referente: _____
Referring Physician

Numero de Telefono del Medico de Referencia: _____
Referring Physician Phone Number

Cardiologo Anterior: _____
Previous Cardiologist

Numero de Telefono del Cardiologo Anterior: _____
Previous Cardiologist Phone Number

Informacion Misceleana
Miscellaneous Information

Carrera de la oficina del censo:
Census Bureau Race

American Indian or Alaskan Native Asian

Black or African American

White

Black Hispanic or Latino

Native Hawaiian or Pacific Islander

Hispanic or Latina

Idioma: _____
Language

En Caso de Emergencia

Emergency Contact Information

Nombre del contacto de emergencia: _____
Emergency contact person name?

Numero de telefono de contacto de emergencia: _____
Emergency contact phone?

Relacion de contactos de emergencia con el paciente: _____
Emergency contact's relationship to patient?

Informacion de farmacia

Pharmacy Information

Nombre de farmacia: _____ Telefono: _____
Pharmacy name Phone

Direccion de farmacia: _____
Pharmacy address

Informacion Sobre Seguros

Insurance Information

El paciente esta cubierto con seguro medico? ☐ Si ☐ No
Is this patient covered by insurance? Yes No

Nombre de la compania de seguros: _____
Insurance name

Nombre del asegurado: _____
Subscriber's name

Fecha de nacimiento del asegurado: _____
Subscriber's date of birth

Relacion del paciente con el suscriptor: Yo self
Patient's relationship to subscriber,

Esposo spouse

Hijo child

Otro other