



California Heart
& Vascular Clinic

FORMULARIO DEMOGRÁFICO DEL PACIENTE

Información del Paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Numero de Teléfono: _____ Celular: _____ Correo Electronico: _____

Hombre Mujer Empleado/a Jubilado/a Otro/a Casado/a Soltero/a Otro/a

Nombre de Pariente: _____ Teléfono: _____

Doctor Principal: _____ Teléfono: _____

Médico de Referencia: _____ Teléfono: _____

?Gusta mandar sus resultados a su doctor principal? Sí No

?Como se enteró de California Heart Clinic? Referido Por: Doctor: _____ Amigo/a: _____
(Nombre) (Nombre)

Periódico: _____ Envío: _____ Otro/a: _____
(Nombre de Periódico) (Tipo) (Páginas Amarillas, Internet, Letrero, Divulgación)

Información de Seguro - Por favor produzca su tarjeta de seguro con este formulario rellenado

Titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento de Titular: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Aseguradora: _____ Numero de Identificación de Titular: _____

de Póliza: _____ # de Seguridad Social: _____

Nombre de Póliza: _____ Relación a Titular de Póliza: _____
(yo, cónyuge, hijo, otro)

Tiene Cobertura de Medicare? Sí No

Nombre de Empleador de Titular: _____ Teléfono: _____

Información del Seguro Secundario

Titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento de Titular: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Aseguradora: _____ Numero de Identificación de Titular: _____

de Póliza: _____ # de Seguridad Social: _____

Nombre de Póliza: _____ Relación a Titular de Póliza: _____
(yo, cónyuge, hijo, otro)

Tiene Cobertura de Medicare? Sí No

Nombre de Empleador de Titular: _____ Teléfono: _____

Acuerdo Financiero

Participamos en muchos planes de seguro diferentes. Archivaremos sus reclamos de seguro para las compañías con quienes estamos contratados. Usted será responsable de los copagos o deducibles en el momento en que se presten los servicios. Para algunos seguros aceptamos la asignación de beneficios, pero en todos los casos requerimos que el garante, la persona quien es financieramente responsable, sea personalmente responsable de todos los saldos no cubiertos por el seguro. Es nuestra responsabilidad comprender y cumplir con cualquier predeterminación de beneficios o requisitos de referencia. Tenga en cuenta que algunos, y quizás todos, los servicios prestados pueden ser servicios no cubiertos o no ser considerados médicamente necesario bajo el Programa Medicare o por otras compañías de seguros médicos. Usted será responsable del copago, deducibles, montos fuera de la red o cualquier parte que su compañía de seguros indique que es su responsabilidad. El pago de los copagos se espera al momento del servicio. Si esta tarifa no está cubierta por el seguro, será su responsabilidad. Permitimos a su compañía de seguros 45 días para pagar su reclamo. Si no recibimos pago en 45 días, se le dará una factura en ese momento. Para nuestros pacientes con HMO / PPO, si estamos contratados con su HMO / PPO, no recibirá una factura hasta que su compañía de seguros nos contacta.

He leído y estoy de acuerdo con los términos:

Firma de Paciente o Representante Legal

Fecha

Firma de Titular de Póliza

Fecha

Relación al Paciente

Fecha