

Patient Information Form

Tri County Hearing & Speech Centers

825 South US Hwy 1, Jupiter, Fl. 33477 phone 561-320-9152 fax 561-320-9153

REFERRING SOURCE: Origen de referencia

New PT. Estab. Pt.
Nuevo Establecido

Physician - Doctor _____ Phone Book - Directorio telefono
 Insurance - Aseguranza _____ Other - Otro _____

PATIENT NUMBER

PATIENT INFORMATION

PATIENT NAME (LAST) - Nombre Del Paciente (Apellido)		(FIRST) - (Primer)	(M.I.)	HOME PHONE - Teléfono
ADDRESS - Domicilio				
CITY, STATE - Ciudad-Estado		ZIP - Código Postal	D.O.B. - Fecha de nacimiento	SOC. SEC. # Seguro Social
GUARANTOR - Asgurado	SOC. SEC. # - Seguro Social		EMPLOYER - Empleador	
EMPLOYER ADDRESS - Dirección de Empleador				EMPLOYER PHONE - Numero Telefonico de Trabajo
NAME OF SPOUSE (IF MINOR, NAME OF PARENT) - Nombre de Esposa/a (si Menor de Edad Nombre de Padre)				SOC. SEC. # Seguro Social
SPOUSE'S PLACE OF EMPLOYMENT Lugar de Empleo de Esposa/a				EMPLOYER PHONE - Numero Telefonico de Trabajo
NAME OF RELATIVE/FRIEND NOT LIVING WITH YOU - Nombre de Pariente/Amigo que no viva con ud.			RELATIONSHIP - Parentesco	
ADDRESS - Domicilio				PHONE Teléfono

INSURANCE INFORMATION (Please present your insurance cards / forms to the receptionist)

PRIMARY INSURANCE - Aseguranza Primaria	POLICY HOLDER Asegurado	D.O.B. - Fecha de nacimiento
ADDRESS - Domicilio		PHONE - Teléfono
POLICY - Poliza	GROUP # / CERT # CODE - Grupo/Cert/Codigo	
SECONDARY INSURANCE - Aseguranza Secundaria	POLICY HOLDER - Asegurado	D.O.B. - Fecha de nacimiento
ADDRESS - Domicilio		PHONE - Teléfono
POLICY - Poliza	GROUP # / CERT # CODE - Grupo/Cert/Codigo	

RELEASE INFORMATION

I hereby authorize release of medical information necessary to file a claim with my insurance company. Yo autorizo el descargo del cualquier informacion medica necesaria para poder cobrar ala aseguranza.

Signature (Firma) _____ Date (Fecha) _____

ASSIGNMENT OF BENEFITS

I assign benefits otherwise payable to me to the doctor or group indicated on the claim. I understand that I am financially responsible for all charges for medical services rendered regardless of insurance coverage. Further, I agree to pay my deductible or balance outstanding within 30 days of receipt of statement. Yo transfiro beneficios que sean pagados por la aseguranza al doctor o grupo indicado en el descargo. Yo entiendo que yo soy responsable por cargos financieros que no sean pagdos por mi aseguranza. Yo prameto pagar cualquier deducible o balance en 30 diaz de haber recibida alguna cuenta.

Signature (Firma) _____ Date (Fecha) _____