

**Por favor llene esta forma completamente. Toda la información es necesaria para que nosotros podamos contactar y reportar su seguro. Por favor escriba imprenta.**

Oficina 0 1

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**Información del Paciente:**

Apellido	nombre(s)							
Nombre:	Fecha de nacimiento:							
Dirección:								
Ciudad:	Estado:	Código postal:						
Casa teléfono: ( )								
Su medico (Encierre Uno):	Cox	Jablonsky	Nixon	Samuelson	Havenhill	Basran	Gent	Patel
Numero de seguro social:								
Sexo: Masculino	Femenino	Estado civil:						
Quien le envió a esta oficina?								
Nombre de su empleador:								
Teléfono de su empleador:								
Clasificación de empleado (Encierre uno):		tiempo completo	tiempo parcial	no se aplica				
Si es usted estudiante (Encierre uno):		tiempo completo	tiempo parcial	no se aplica				

Por favor indique cualquier medicamento que este usted tomando
Por favor mencione a que medicamento es usted alérgico:

**En casi de emergencia, indique a quien debemos contactar (Pariente más cercano con quien usted no esta viviendo):**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Información referente a su compañía de seguro:**

Nombre de su compañía de seguro primaria:		
Nombre del beneficiado:		
Dirección del beneficiario:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:		
Numero de seguro social del beneficiario:		
Fecha de nacimiento del beneficiado:	Sexo: Masculino Femenino	
Referencia de su empleador		
Referencia de su centro de trabajo, numero telefónico:		

Nombre de la compañía de seguro secundaria:		
Nombre del beneficiado:		
Dirección del beneficiario:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:		
Numero de seguro social del beneficiario:		
Fecha de nacimiento del beneficiado:	Sexo: Masculino Femenino	
Referencia de su empleador		
Referencia de su centro de trabajo, numero telefónico:		

**Autorizo:**

Yo autorizo el pago directamente a McHenry County Orthopaedics por la cirugía y/o los beneficios, si existen, de lo contrario yo pagare por los servicios prestados. Autorizo al medico que ha firmado dar a conocer cualquier información conseguida en el transcurso de mi examinación o tratamiento. Entiendo que el proceso de seguro de Mchenry County Orthopaedics me es dado como cortesía, y al final yo soy responsable por el pago de las cuentas del medico incurridas. En caso de que las cuentas médicas sean pasadas a recaudación, yo acepto pagar el costo de la recaudación, incluyendo la comisión de los abogados, si existe.

Firma (Paciente) X \_\_\_\_\_

Firma (Del padre o del padre representante) X \_\_\_\_\_