

RAFAEL ANTUN, M.D., P.A.
VICTOR A. POLITANO, M.D., P.A.

FORMULARIO DE REGISTRACION E INFORMACION DEL PACIENTE

POR FAVOR ESCRIBA IN LETRAS DE MOLDE. FECHA: _____

INFORMACION GENERAL

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____

Apellido Nombre Completo Apellido de Soltera
FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ SEXO: ____ S.S.# ____/____/____ ESTADO CIVIL: _____

DIRECCION PERMANENTE: _____

Calle # Apto. Ciudad Estado Código Postal

DIRECCION: _____

Calle # Apto. Ciudad Estado Código Postal

TELEFONO CASA: _____ TELEFONO TRABAJO: _____ TELEFONO LOCAL: _____

RELIGION: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____

RELACION: _____ TELEFONO CASA: _____ TELEFONO TRABAJO: _____

DIRECCION: _____

INFORMACION DEL EMPLEADOR

EMPLEADOR: _____ TELEFONO: _____

DIRECCION: _____

Calle # Apto Ciudad Estado Código Postal

POSICION/OCUPACION: _____

ESPOSO(A): _____ S.S. #: ____/____/____

EMPLEADOR: _____ TELEFONO: _____

DIRECCION: _____

Calle # Apto Ciudad Estado Código Postal

POSICION/OCUPACION: _____

REFERIDO

NOMBRE DE SU MEDICO PRIMARIO: _____ TELEFONO: _____

QUIEN LO (LA) REFIRIO?: _____

MEDICO PRIMARIO SEGURO OTRO (Especifique) _____

INFORMACION DEL SEGURO

NOMBRE DEL SEGURO PRIMARIO: _____ NOMBRE DEL SEGURO SECUNDARIO: _____

NUMERO DE GRUPO: _____ NUMERO DE GRUPO: _____

NUMERO DE IDENTIFICACION: _____ NUMERO DE IDENTIFICACION: _____

SUSCRIPTOR: _____ SUSCRIPTOR: _____

RELACION AL PACIENTE: _____ RELACION AL PACIENTE: _____

PHYSICIAN'S RELEASE AND ASSIGNMENT

I hereby authorize any holder of medical or other information about me to release to Social Security Administration and Centers for Medicare and Medicaid Services or its intermediate carriers any information needed for this or a related Medicare claim. I further authorize the release of any medical information required by my insurance carrier, health care plan or third party administrator. I understand that I am financially responsible for all medical charges for services rendered by Rafael Antun, M.D., P.A. or Victor A. Politano M.D., P.A. I am also responsible for providing to Rafael Antun, M.D., P.A. or Victor A. Politano, M.D., P.A. an authorization number from my insurance company, health care plan or third party administration. In the event that my insurance does not cover the fees for any services or procedures provided by Rafael Antun M.D., P.A. or Victor A. Politano, M.D., P.A., I understand that I am financially obligated to pay those fees. I hereby direct insurer to pay, without equivocation, directly to Rafael Antun, M.D., P.A. or Victor A. Politano M.D., P.A., all benefits due him as a result of this claim. A copy of this release and assignment will be as valid as the original.

PATIENT NAME: _____ PATIENT SIGNATURE: _____