

Digestive Care Physicians

Welcome to our office
Bienvenido a nuestro consultorio

PLEASE COMPLETE THE FORM
FAVOR DE LLENAR EL FORMULARIO

General Patient Information / Información General del Paciente

Patient Name / Nombre del Paciente:

Last / Apellido	First / Primer Nombre	Middle / 2do Nombre
-----------------	-----------------------	---------------------

SS#: _____ - _____ - _____ Date of Birth / Fecha de Nacimiento: _____ Age / Edad: _____

Sex / Sexo: _____ Marital Status / Estado Marital: _____

Address / Dirección: _____

Home Phone / Tel. de Casa: _____ Cell Phone / Celular: _____

Employer Name / Nombre de Empleador: _____ Phone / Tel.: _____

Employer's Address / Dirección de Empleador: _____

Primary Care Doctor / Dr. Familiar: _____ Phone / Tel.: _____

Who referred you to this practice? / ¿Quién lo refirió a esta práctica?: _____

Emergency Contact Name / Contacto de Emergencia: _____ Relationship / Relación: _____

Home Phone/ Tel.: _____ Work Phone/ Tel. de Empleo: _____

Spouse/Guarantor's Name / Esposo(a): _____

Last/Apellido	First/1er Nombre	Middle/2do Nombre
---------------	------------------	-------------------

SS#: _____ - _____ - _____ Relation to Patient / Relación al Paciente: _____

Date of Birth / Fecha de Nacimiento: _____

Home Phone/ Tel. de Casa: _____ Cell Phone / Num. de Celular: _____

_____¹

Employer / Empleador : _____ Work Phone/Tel. de Empleo: _____

Employer Address/ Dirección de Empleador: _____

Insurance Information / Información de Seguro Medico

Primary Insurance / Seguro Primario: _____

Name of Insured / Nombre del Asegurado: _____

Member ID / ID del Miembro: _____ Group Number / Num. De Grupo: _____

Secondary Insurance / Seguro Secundario _____

Name of Insured / Nombre de Asegurado: _____

Member ID / ID del Miembro: _____ Group Number / Num. De Grupo: _____

All professional services rendered are charged to the patient. For your convenience, necessary forms will be completed to assist you with reimbursement from your insurance carrier. However, the patient is responsible for all fees regardless of insurance coverage. It is also customary to pay for services when rendered unless other arrangements have been made in advance.

Todos los servicios profesionales prestados se cobran al paciente. Para su comodidad, los formularios necesarios se completarán para ayudarle con el reembolso de su compañía de seguros. Sin embargo, el paciente es responsable de todos los cargos, independientemente de la cobertura del seguro. También se acostumbra a pagar por los servicios prestados al momento al menos que otros arreglos se hayan hecho con anticipación.

**INSURANCE AUTHORIZATION & ASSIGNMENT
AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE SEGURO MEDICO**

I request that payment of authorized Medicare/Other Insurance company benefits be made to Digestive Care Physicians for any services furnished me by that party who accepts assignment/physician. Regulations pertaining to Medicare assignment of benefits apply. The patient is responsible for the deductible, co-insurance, copayments, and non covered services which is the charge determination of your insurance company.

I authorize any holder of medical or other information about me to release to the Social Security Administration and Health Care Financing Administration or its intermediaries or carriers any information needed for this or related Medicare claim/other Insurance Company claim. I permit a copy of this authorization to be used in place of the original, and request payment of medical insurance benefits either to myself or to the party who accepts assignment. I understand it is mandatory to notify the health care provider of any other party who may be responsible for paying for my treatment.

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare / Otros compañías de seguros se hagan a Digestive Care Physicians para cualquier servicio que se me de esa parte que acepta la asignación / médico. Reglamentos relativos a la asignación de Medicare de los beneficios se aplican. El paciente es responsable por el deducible, co-aseguro, los copagos y los servicios no cubiertos, que es la carga de determinación de su compañía de seguro medico.

Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo sobre mí para liberar a la Administración del Seguro Social y la Administración de la Salud de Financiamiento o de sus intermediarios o portadores cualquier información necesitada para este o reclamo relacionado con Medicare / otro reclamo de la Compañía de Seguros. Yo permito que una copia de esta autorización pueda ser utilizada en lugar de la original, y solicite el pago de beneficios de seguro médico ya sea a mí o a la parte que acepte la asignación. Entiendo que es obligatorio notificar al proveedor de atención médica de cualquier otra parte que pueda ser responsable de pagar por mi tratamiento.

Patient Signature / Firma del Paciente: _____ Date / Fecha: _____

Insured's Signature / Firma del Asegurado: _____ Date / Fecha: _____