



Brazos Heart Rhythm
Complex Arrhythmia Specialists

REFERIDO POR (si es aplicable): _____

INFORMACION PERSONAL

Nombre:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento:
Número de seguridad social:	Estado civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V	
Dirección de facturación:	Ciudad/Estado/Código postal:	
Dirección otro:	Ciudad/Estado/Código postal:	
Teléfono de casa: ()	Teléfono móvil: ()	
Correo electrónico:		

EMERGENCY CONTACT

Nombre:	Relación:	Teléfono: ()
---------	-----------	-------------------

INFORMACION DE MEDICO

Médico de atención primaria:	Teléfono: ()
Cardiólogo general:	Teléfono: ()

TUTOR LEGAL (si eres mayor de 18, continua a la siguiente sección)

Nombre:	Relación:	Teléfono: ()
---------	-----------	-------------------

INFORMACION DE SEGURO MEDICO (TARJETA DE SEGURO ES NECESARIO EN EL TIEMPO DE SERVICIO)

Compañía primaria :	Compañía secundaria :
Número de identificación:	Número de identificación:
Número del grupo:	Número del grupo:
Fecha efectiva:	Fecha efectiva:
Dirección de reclamación (en el reverso de la tarjeta):	Dirección de reclamación (en el reverso de la tarjeta):
Información de asegurado debajo de esta línea	Información de asegurado debajo de esta línea
Nombre:	Nombre:
Número de seguridad social:	Número de seguridad social:
Fecha de nacimiento:	Fecha de nacimiento:
Relación a asegurado: <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a o dependiente <input type="checkbox"/> Yo soy empleado <input type="checkbox"/> Otro significativo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____	Relación a asegurado: <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a o dependiente <input type="checkbox"/> Yo soy empleado <input type="checkbox"/> Otro significativo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____

Liberación: Yo, el abajo firmante, entiendo que soy financieramente responsable de cualquier monto no cubierto por mi proveedor de seguro de salud. También autorizo a la práctica a divulgar a mi compañía de seguros o su agente, información sobre atención médica, asesoramiento, tratamiento o suministros que se me proporcionen. Esta información se utilizará con el propósito de evaluar y administrar reclamos de beneficios.

Por la presente, asigno todos los beneficios médicos para que incluyan los principales beneficios médicos a los que tengo derecho, incluidos Medicare, seguro privado y otros planes de salud a Brazos EP PLLC DBA Brazos Heart Rhythm. Esta asignación debe considerarse tan válida como un original. Por la presente autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información para asegurar el pago. Entiendo que al proporcionar mi correo electrónico doy mi consentimiento para recibir mensajes de Brazos Heart Rhythm.

ENTIENDO QUE ES MI RESPONSABILIDAD PAGAR CUALQUIER SALDO DEDUCIBLE, CO-SEGURO U OTRO SALDO NO PAGADO O CUBIERTO POR MI COMPAÑÍA DE SEGUROS EN EL MOMENTO DE QUE LOS SERVICIOS SE PRESTEN.

Por la presente, también reconozco que he recibido y revisado el Aviso de privacidad de Brazos Heart Rhythm.

FIRMA: _____ FECHA: ____/____/____

Firma de paciente; tutor legal (si paciente es menor de 18)