

Ivette E. Diaz, MD., LLC
304 Federal Road,
Suite 201
Brookfield, CT 06804
Phone #: (203) 740-2593 Fax #: (203) 740-8250

INFORMACION PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ MI: _____ Apellido de Soltero (a) _____
Dirección: _____ Apt: _____ PO Box: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Seguro Social #: _____ Estado Civil: Soltero(a) _____ Casado(a) _____ Divorciado (a) _____ Viudo(a) _____ Otro _____
Teléfono #: _____ Teléfono de Trabajo: _____ Ext. _____ Celular: _____
Correo electrónico: _____ ¿Nos da permiso de enviarle correo electrónico? Si _____ No _____

INFORMACION DE EMPLEO DEL PACIENTE

Nombre del Trabajo: _____ Teléfono de Trabajo: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Ocupación: _____ ¿Es estudiante? Si _____ No _____ Tiempo Completo _____ Tiempo Parcial: _____

INFORMACION DE SEGURO

Tiene usted seguro de salud: Si _____ No _____
Seguro Primario: _____ ID #: _____
Seguro Secundario: _____ ID #: _____
Si el seguro esta a nombre de sus padres o esposo llene lo siguiente:
Nombre de la persona que paga el seguro medico: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____
Dirección de Trabajo: _____ Teléfono del Trabajo: _____

¿Es esta visita relacionada con un accidente? Si _____ No: _____

Si la respuesta es si por favor llene la siguiente informacion:

El accidente relacionado con trabajo: _____ Auto: _____ Otro (Especifique): _____
Portador de seguro: _____ ID #: _____
Dirección de la Compañía de Seguro: _____ Numero de Caso: _____
Numero de Teléfono: _____ Fecha del accidente: _____ Persona de C ontacto: _____

EMERGENCIAS

PERSONA MAS CERCANA PREFERIBLEMENTE NO VIVIENDO CON USTED:

En caso de emergencia nosotros podemos contactar a : _____ Teléfono: _____
Relación con el paciente: _____

REFERIDOS

¿Quién lo refirió a nuestra oficina? _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS

Con mi firma autorizo la divulgación de in formación relacionada a las facturas por los beneficios sometidos en relación a mi persona y/ o dependientes. Además expreso que estoy de acuerdo y acepto que mi firma en este documento autoriza a mi medico el someter en esta visita y en futuras ocasiones facturas para mi persona y dependientes- y que con esta firma estoy aceptando legalmente que esta firma estoy aceptando legalmente que esta firma sea usada en el futuro como si estuviera firmando en este momento en ese momento, autorizo además a mi seguro y a terceras personas que le paguen directamente a Ivette E. Diaz, M.D. LLC por todos los beneficios , si algún, de otra manera aprobados a mi persona por sus servicios o el de su oficina. Yo entiendo que soy responsable por cualquier cargo que no sea cubierto por la compañía de seguro. Entiendo además que cualquier beneficio medico que se le pague directamente a Ivette E. Diaz LLC) será acreditado a mi cuenta de acuerdo con este documento.

POLITICAS DE PAGO

- Los pacientes sin seguro medico deberán hacer pago completo el día de la visita.
- El co-pago deberá ser pagado el día de la visita.
- La suma de \$5.00 será agregado a su factura si el co-pago no es apagado el día de su visita.
- Se cobrara un cargo de \$50.00 por no presentarse a su consulta en más de una ocasión, o por cheques sin fondos.
- Se cobrara un cargo adicional de \$50.00 en caso de que tengamos que recurrir a acciones legales por falta de pago. Además de cualquier Cargo de fianzas que pueden ser aplicadas por la agencia de colección/ gastos judiciales. Entiendo y estoy de acuerdo con todas las políticas de Ivette E. Diaz M.D LLC.

Firma del paciente o persona responsable: _____ Fecha: _____