ENT ASSOCIATES OF SANTA BARBARA

John D. McCaffery, M.D.
Jaime Munroe, PA-C

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre _____ Seguro Social _____
(Apellido) (Primer nombre) (Opcional)

Domicilio _____ Cuidad _____

Estado _____ Código Postal _____ Género: ☐ M ☐ F Fecha De Nacimiento _____/_____/_____

No. Tel. (Casa) _____ No. Celular _____ No. De Trabajo _____

Contacto De Emergencia _____ No. Tel. _____ Relación Al Paciente _____

Correo Electrónico _____ (En adelante esta la relación del uso del correo electrónico)

Doctor Primario _____ Referencia De _____
(Nombre del medico)

Farmacia Preferida _____ Idioma Principal _____
(Cuidad de ubicación)

Raza/Etnicidad _____ Ocupación Actual _____

ASSIGNACION Y EMISION

Yo, el paciente certifico que (o mi dependiente) tenemos cobertura de seguro medico asignado directamente a ENT Associates of Santa Barbara. Aceptando la responsabilidad de pagar par igual cualquier pago otorgado a mi persona par los servicios realizados de los beneficios de cobertura si alguno sobre el/los seguro/s medico/s. En caso de lo contrario entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos que sean no pagados par el seguro medico. Por este medio autorizo al/los doctor/es la liberación de toda información necesaria para asegurar el pago de las servicio/s previsto. Yo autorizo el uso de la firma en toda la sumisión de reclamos de facturación sobre el/los servicio/s médico/s.

He leído, y entiendo y estoy de acuerdo con la Póliza Financiera de ENT Associates of Santa Barbara. Reconozco que he recibido una copia de/Previo Aviso de Practica Medica y su Privacidad. Par igual se me ha otorgado una copia del aviso actual (lo cual esta publicada en la zona de recepción) y que se me ofrecerá una copia de cualquier modificacion de/Aviso Practica Medica y su Privacidad en el futuro.

Yo autorizo la transferencia electrónica de información de las farmacias utilizados anteriormente incluyendo los medicamentos usados previamente y actuales.

Yo autorizo el permiso a ENT Associates of Santa Barbara para establecer el enlace de web del perfil médico del paciente vincular electrónico donde tendré acceso seguro a la información médica, coma es requerido par el gobierno federal.

Firma _____ Relación _____ Fecha _____
(Tutor legal si usted no es el paciente)