

PATIENT INFORMATION - PLEASE PRINT IN ENGLISH INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE - ESCRIBA EN LETRAS DE IMPRENTA - DEBE SER COMPLETADO EN INGLÉS				Email ADDRESS					
LAST NAME / APELLIDO		FIRST NAME / NOMBRE		M.I. / INICIAL SEGUNDO NOMBRE		TODAY'S DATE / FECHA DE HOY			
STREET ADDRESS / CALLE				CITY / CIUDAD		STATE / ESTADO		ZIP / CODIGO POSTAL	
SEX / SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		PHONE / TELÉFONO ( )		EMPLOYER'S PHONE / TELÉFONO DEL EMPLEADOR ( )		AGE / EDAD		D.O.B. / FECHA DE NACIMIENTO / /	
SOCIAL SECURITY NO. / NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL				DRIVER'S LICENSE NO. / NO. DE LICENCIA DE CONDUCIR		OCCUPATION / OCUPACIÓN			
EMPLOYER'S NAME / NOMBRE DEL EMPLEADOR		STREET ADDRESS / CALLE		CITY / CIUDAD		STATE / ESTADO		ZIP / CÓDIGO POSTAL	
MARITAL STATUS OR PARENT NAME (IF MINOR) ESTADO CIVIL NOMBRE DEL PADELLA MADRE (SI ES MENOR)		OCCUPATION / OCUPACIÓN		NAME, ADD. & TEL. NO. OF EMPLOYER / NOMBRE, DIRECCIÓN Y NO. TELÉFONO DEL EMPLEADOR					
HOW DID YOU HEAR ABOUT US? <input type="checkbox"/> FAMILY / FAMILIAR <input type="checkbox"/> FRIEND / AMIGO <input type="checkbox"/> EMPLOYER / EMPLEADOR <input type="checkbox"/> PHONE BOOK / GUÍA TELEFÓNICA ¿CÓMO SE ENTERÓ SOBRE NOSOTROS? <input type="checkbox"/> ADVERTISING / PUBLICIDAD <input type="checkbox"/> PPO / HMO <input type="checkbox"/> ASK A NURSE / PREGUNTÓ A UN ENFERMERO <input type="checkbox"/> OTHER / OTRO									
REFERRED BY / REMITIDO POR					FAMILY PHYSICIAN / MEDICO FAMILIAR				

INSURANCE INFORMATION INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS				SECONDARY CARRIER SEGURO SECUNDARIO			
INSURANCE COMPANY / COMPAÑÍA DE SEGUROS		PHONE / TELÉFONO ( )		INSURANCE COMPANY / COMPAÑÍA DE SEGUROS		PHONE / TELÉFONO ( )	
ADDRESS / DIRECCIÓN				ADDRESS / DIRECCIÓN			
CITY / STATE / ZIP / CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL				CITY / STATE / ZIP / CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL			
I.D. NUMBER / NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		ASSIGNMENT / ASIGNACIÓN YES / SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		I.D. NUMBER / NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		ASSIGNMENT / ASIGNACIÓN YES / SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
GROUP NAME OR NUMBER / NOMBRE O NÚMERO DE GRUPO				GROUP NAME OR NUMBER / NOMBRE O NÚMERO DE GRUPO			
INSURED'S LAST NAME / APELLIDO DEL ASEGURADO		FIRST NAME / NOMBRE		INSURED'S LAST NAME / APELLIDO DEL ASEGURADO		FIRST NAME / NOMBRE	
ADDRESS / DIRECCIÓN				ADDRESS / DIRECCIÓN			
CITY / STATE / ZIP / CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL				CITY / STATE / ZIP / CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL			
RELATIONSHIP TO GUARANTOR / RELACIÓN CON EL GARANTE <input type="checkbox"/> SELF / MISMO <input type="checkbox"/> HUSBAND / ESPOSO <input type="checkbox"/> PARENT / PADRE/MADRE <input type="checkbox"/> WIFE / ESPOSA <input type="checkbox"/> CHILD / HIJO/A <input type="checkbox"/> OTHER / OTRO		EMPLOYER'S PLAN EMPLEADOR PLAN YES / SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		RELATIONSHIP TO GUARANTOR / RELACIÓN CON EL GARANTE <input type="checkbox"/> SELF / MISMO <input type="checkbox"/> HUSBAND / ESPOSO <input type="checkbox"/> PARENT / PADRE/MADRE <input type="checkbox"/> WIFE / ESPOSA <input type="checkbox"/> CHILD / HIJO/A <input type="checkbox"/> OTHER / OTRO		EMPLOYER'S PLAN EMPLEADOR PLAN YES / SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

**IN CASE OF EMERGENCY, WHO SHOULD WE CALL? / EN CASO DE EMERGENCIA, ¿A QUIÉN LLAMAMOS?**

NAME / NOMBRE		RELATIONSHIP / RELACIÓN		HOME PHONE / TELÉFONO		WORK PHONE / TELÉFONO DEL TRABAJO	
STREET ADDRESS / CALLE				CITY / STATE / ZIP / CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL			

CONSENT FOR TREATMENT AND LIFETIME AUTHORIZATION OF BENEFITS AND INFORMATION RELEASE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE POR VIDA PARA ASIGNAR BENEFICIOS Y SUMINISTRAR INFORMACIÓN			
I hereby give consent to Fauer, Yogel & Chenven to provide whatever treatment they may deem necessary to the patient above. Insured party must sign for all claims. Dependent patient must also sign if not a minor. I authorize any insurance company, organization, employer, hospital, physician, dentist, or pharmacist to release any information requested with regard to processing my claim. I certify that the information I furnish is true and correct. I know it is a crime to fill out this form with facts I know are false or to leave out facts I know are important. I assign payment directly to the physicians of Fauer, Yogel & Chenven which may be due me from the Medicare program or any other insurance company. I understand I am financially responsible to Fauer, Yogel & Chenven for any non-covered insurance services.			
Por la presente doy mi consentimiento a Fauer, Yogel, & Chenven a brindar el tratamiento que consideren necesario al paciente mencionado. El asegurado debe firmar todas las reclamaciones. El paciente dependiente también debe firmar si no es un menor. Autorizo a cualquier compañía de segundo, organización, empleador, hospital, médico, dentista o farmacéutico a suministrar toda información solicitada con respecto al procesamiento de mi reclamación. Certifico que la información que he suministrado es verdadera y correcta. Se que es un delito completar este formulario con información que se que es falsa o omitir datos que se que son importantes. Asigno directamente a los médicos de Fauer, Yogel & Chenven todo pago que el programa Medicare o cualquier otro seguro médico me adeude. Entiendo que soy económicamente responsable ante Fauer, Yogel & Chenven por los servicios no cubiertos por seguro.			
SIGNATURE / PATIENT AUTHORIZATION FIRMA / AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE		DATE / FECHA	
WITNESS / TESTIGO		DATE / FECHA	
*ALL NECESSARY LABWORK AND BLOOD TESTS WILL BE BILLED SEPARATELY BY AN OUTSIDE LAB. TODOS LOS ANÁLISIS DE SANGREY DE OTRO TIPO SERÁN FACTURADOS POR SEPARADO POR UN LABORATORIO INDEPENDIENTE. (If a PPO, please notify nurse if special lab is required.) (EN CASO DE PPO, AVISE AL ENFERMERO SI SE NECESITA IN LABORATORIO ESPECIAL.)			