

# Robert Flores, MD Inc

Nombre:		Género:		Estado civil:	
Fecha de nacimiento:		SSN:		Teléfono:	
Dirección:				Ciudad:	
Estado:		Código postal:		Necesita intérprete?	
Raza:		País: Mexico Guatemala El Salvador U Otro:			
Apellido de su mamá de Soltera:			Correo Electronico:		
Empleador:		Ocupación:		Telefono:	
<b>Contacto de emergencia</b>					
Nombre de una persona:				Relación:	
Teléfono:		Dirección:			
Ciudad		Estado		Código postal:	
<b>Yo Autorizo las siguientes personas para que obtengan mi información médica:</b>					
<b>Información del seguro</b>					
Nombre del asegurado:			Nombre de seguro primario:		
Fecha de nacimiento:		SSN:		Teléfono:	
Dirección actual:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Relación con el paciente:					
Nombre de seguro secundario:			Nombre del asegurado:		
Relación con el paciente:		Fecha de nacimiento:		SSN:	
<p>La información anterior es corecto a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo a mi seguro beneficios serán pagados directamente al médico. Entiendo que soy responsable de cualquier cobro. Entiendo que si mi plan es fuera de la red o servicios se determinan "sin cobertura" debido a las disposiciones del plan o condiciones preexistentes, yo soy totalmente responsable de todos los servicios efectuados. Yo entiendo que si elijo a pagar en privado en mi primera visita, debido a la falta de seguro o fallas para verificar la cobertura, Robert Flores, MD Inc. pueden o no retroactivamente cobrar a mi seguro. Tengo entendido que Robert Flores, MD Inc. facturará a mi compañía de seguros según todas las normas federales y regulaciones con respecto a tales actividades y proporciona copias de toda la información necesaria y adecuada a mi compañía de seguros y Robert Flores MD Inc. no es responsable de las reclamaciones perdidas. También autorizo a Robert Flores, MD Inc. o compañía de seguros para liberar cualquier información necesario para procesar mis reclamos.</p>					
Firma del paciente:				Fecha:	