

Advanced Allergy & Asthma Care, PLLC.

Rima Sanka, D.O. Latha M. Chamarthy, M. D. Ami Degala, M. D.

Teléfono: (727) 544 8100

Certificado en Alergia Asma e Inmunología

REGISTRO DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

SSN: _____ Estado Civil: Soltero Casado Viudo Separado Divorciado

Dirección: _____

City: _____ State _____ Zip _____

Teléfono: Casa _____ Oficina _____ Móvil _____

Nombre de Esposa/o: _____ Oficina _____ Cell _____

Dirección de correo electrónico (para notificarle de los cambios en las horas de oficina, no se soliciten): _____

Por favor complete esta casilla sólo si usted es una temporada / invierno / fuera de residente del estado:

Dirección: _____

City: _____ State _____ Zip _____

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR PACIENTE

Nombre _____ Teléfono: _____ Ocupación _____

ASEGURADO (SI NO PACIENTE)

Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

_____ Dirección _____

Ciudad / Estado _____ Zip _____

INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar esta reclamación. Me permito una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar del original.

Signature _____ Date _____

Nombre _____ Relación con Paciente: _____

Por la presente autorizo avanzada Alergia y Asma Cuidado, PLLC para solicitar los beneficios en mi nombre por los servicios cubiertos prestados por ellos o por su orden. Solicito que el pago de mi compañía de seguros puede hacer directamente a Avanzado Allergy Asthma Care, PLLC. (O para la parte que acepta la asignación).

Certifico que la información que he informado con respecto a la cobertura del seguro es correcta.

Me permito una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar del original. Esta autorización podrá ser revocada por mí o mi

compañía de seguros en cualquier momento por escrito.

Nombre impreso _____ (paciente / padre / tutor)

Signature _____ Date _____ Witness _____

Nombre de emergencia e información de contacto: _____

Las siguientes preguntas son opcionales para la recolección de datos de registros electrónicos de salud:

RACE: Blanco, Negro, asiático-americano, indio o nativo de Alaska, nativo de Hawai, Islas del Pacífico

ETNIA: ¿Es usted hispano / latino? SI NO

Idioma preferido: INGLÉS O Otro _____ Yo no contestar