

2017

Sunflower Medical Group
INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:	Seguro Social:
Ciudad:	Sexo:
Estado: Código Postal:	Médico Primario:
Correo Electrónico:	Empleador:
Numero de Casa:	Contacto de Emergencia:
Numero de Trabajo:	Número de Emergencia:
Numero de Celular:	Relación de Emergencia:
Hispanic/Latino	Idioma: Spanish

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:	Seguro Social:
Ciudad:	Empleadores:
Estado: Código Postal:	Dirección Empleador:
Numero de Casa:	Ciudad de Empleador:
Numero de Trabajo:	Estado Empleador:
Numero de Celular:	

INFORMACION DE ASEGURANZA

Seguro Primario:	Seguro Secundario:
Numero de Certificado:	Numero de Certificado:
Número de Grupo:	Número de Grupo:
Nombre:	Nombre:
Fecha de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:

Autorización para pagar beneficios a los médicos: Autorizo la divulgación de información médica o de otra índole necesarias para reclamaciones proceso de seguro de salud. También solicito el pago de beneficios a mí mismo de mi proveedor, Sunflower Medical Group cuando acepta la asignación.

Autorización para divulgar información médica: Por la presente autorizo Sunflower Medical Group para liberar toda la información necesaria para mi curso de tratamiento.

Reconocimiento de Confidencialidad: Reconozco que Confidencialidad de Sunflower Medical Group, efectiva 10 de Noviembre 2013 se puso a disposición para mí.

☒ Si ☐ No Nuestra oficina puede dejar mensajes para volver nuestro llamamiento a
_____ contestador automático de casa/celular y/o _____ correo de voz de oficina

Por la presente autorizo a las siguientes personas para acceder a mi información médica:

Nombre _____ Numero de Telefono _____
Nombre _____ Numero de Telefono _____

☒ _____
Firma

☒ _____
Fecha