Tucson Ear, Nose, & Throat Associates, P.C.

Stanley W. Coulthard, M.D. * Robert B. Cravens, Jr., M.D.* Robert L. Dean M.D * Joe M. Huerta, M.D.
William R. LaMear, M.D. * David A. Parry, M.D. * Keith C. Soderberg, M.D. * Elias D. Stratigouleas, M.D.
Audiologo(a)s: Stephanie Navarrete, AuD. *Jon Richins, M.C.D. *Kristen Schmidt, M.S. *Abel Smith, M.S *Chris Wahl, AuD.

INFORMACION DE PACIENTE **Nuevo** **Establecido**

Nombre legal_____ Sexo M F
Primer Nombre Apellido Segundo nombre

Direccion_____ Fecha de nacimiento_____

Ciudad, Estado, Codigo Postal_____ Estado Civil: Casado Soltero Divorciado

Telefono de casa _____ Doctor refiriendolo_____
Primer Apellido

Telefono celular_____ Doctor Primario_____
Primer Apellido

EMPLEO DE PACIENTE **CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**

Empleado Retirado Desempleado Otro Nombre_____

Empleador_____ Telefono_____ Relacion_____Telefono_____

FAVOR DE COMPLETAR SI EL PACIENTE ES UN MENOR
Nombre de Padre/Guardian_____ Telefono_____Fecha de nacimiento_____

INFORMACION SEGURO PRIMARIO
Relacion del paciente al asegurado: Si mismo Pareja Hijo(a)/Otro

Seguro Primario_____ Asegurado/ID del miembro_____
(# de seguro social si usado como ID)
Nombre del asegurado_____ Numero de grupo de la poliza_____

Direccion del asegurado_____ Fecha de Nacimiento_____

Nombre del Empleador_____ Copay_____

INFORMACION SEGURO SECUNDARIO (Si medicare es secundario, indique la razon)
Discapacitado Edad Otro

Relacion del paciente al asegurado: Si mismo Pareja Hijo(a)/Otro

Seguro Secundario_____ Asegurado/ID del miembro_____
(# de seguro social si usado como ID)
Nombre del asegurado_____ Numero de grupo de la poliza_____

Direccion del asegurado_____ Fecha de Nacimiento_____

Nombre del Empleador_____ Copay_____

AUTORIZACION PARA SACAR INFORMACION Y ASIGNACION DE BENEFICIOS MEDICOS:
Tucson Ear Nose & Throat esta contratado con muchos planes de aseguranza, algunos cuales requieren referencia. Obteniendo una referencia es obligacion del paciente. Si visto sin la autorizacion y eligibilidad necesaria, o los servicios proveados non son beneficios cubridos, Yo soy responsible por cualquier cargo que incurra, que incluye pruebas de escucha. Yo autorizo que todos los beneficios de seguro sean pagados a Tucson Ear Nose & Throat. Tambien autorizo liberar mi informacion medica para procesar mi reclamacion al seguro, para obtener o dar informacion a otros doctores y a mi.

YO VERIFICO QUE LA INFORMACION ES ACTUAL Y CORRECTA.

Firma:_____ Fecha:_____

Reconocimiento de Privacidad de Practicas:
Yo verifico que me han informado de la Privacidad de Practicas para Tucson Ear Nose & Throat, P.C. esta puesto en la oficina para revisar.

Firma:_____ Fecha:_____