

Minor Med, PA

1119 SW Gage Blvd, Topeka KS 66604

Phone: (785) 272-4000

www.minormedtopeka.com

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Macho Hembra
Domicilio _____ Teléfono # (____) _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Número de Seguro Social _____ Licencia de Conducir _____ Estado _____
Empleador _____ Teléfono del trabajo (____) _____
Médico de Atención Primaria _____ Correo _____

¿Has estado aquí antes? Sí / No

¿Cómo te enteraste de nosotros? Phone Book TV Radio Diario Amigo Otro: _____

Por favor, escriba a continuación una breve descripción del motivo de su visita de hoy, toda información pertinente, incluida la historia médica anterior

¿Su visita de hoy una lesión de compensación de trabajadores o el empleo de ensayo? Sí / No

En caso afirmativo, por favor, rellene el reverso.

Parte responsable de la Información (Favor de llenar si el paciente es menor de 18 años de edad)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____
Domicilio _____ Teléfono # (____) _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Número de Seguro Social _____ Licencia de Conducir _____ Estado _____
Empleador _____ Teléfono del trabajo (____) _____
Relación con el paciente _____

Nota para el Responsable: La persona que lleva a un niño en el tratamiento también puede ser responsable de los honorarios incurridos ese día. Al firmar este formulario, usted acepta que usted es la parte responsable del paciente (s) y que, independientemente de cualquier cobertura de seguro que usted es responsable del pago de los servicios. Usted autoriza a Minor Med, Inc. a dar cualquier información médica o de facturación a cualquier compañía de seguros de mi (s) para ayudar en la tramitación de las solicitudes. También autorizar el pago para ir directamente a Minor Med, PA por cualquier reclamo presentado por ellos. Usted entiende que usted se espera que pagar su co-pago o parte deducible en el momento del servicio. Usted es responsable de saber que su cobertura de seguro, los deducibles y los co-pago políticas.

Nombre de la Compañía de Seguros _____ Nombre del titular de primaria _____
Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____
Dirección del Asegurado _____
ID # _____ Grupo # _____ Co-pago \$ _____

**Si usted no tiene seguro de que tenemos contratos con, se requiere el pago completo al momento del servicio.
Si usted tiene un seguro se requiere el pago de su co-pago en el momento del servicio de.**

¿Cómo estás pagando hoy en día? Efectivo Cheque Tarjeta de crédito

- **Medicare/Medicaid/Champus Pacientes:** Eficaz 7/1/98, Minor Med, PA no participan en el Medicare programa. Ya no podemos ver a los pacientes que están asegurados por Medicare, Medicaid, Champus, Tricare or Healthwave incluso si son secundarias o desea pagar por la visita de toda la oficina.

Reconozco que he recibido una copia de la Notificación del proveedor de prácticas de privacidad con la fecha efectiva de la 4/14/03. He leído y completado esta forma total y completamente, y certifico que entiendo su contenido.

Fecha: _____ Firma: _____

For Office Use Only.

Attach to Medical Record

Time: _____ **AM/PM**