

Fecha _____

Account# _____

Doctor Primario _____

Arthritis Medical Clinic

(951) 781-7700 FAX (951) 781-0313

www.ArthritisMedicalClinic.org

OFFICE LOCATION

6180 Brockton Ave. Suite 204· Riverside, CA 92506

4244 Riverwalk Pkwy. #220, Riverside, CA 92505

Idioma principal: English

Spanish

Raza: _____

Declino

Grupo etnico: Hispanio Non Hispanio

Farmacia: _____

telefono: _____

Fax: _____

Informacion del Paciente

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Otro Genero: M F Otro

Nombre: _____ Direccion electronica: _____

Direccion: _____ Apt # _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono celular# (_____) _____ Telefono en el trabajo# (_____) _____ Numero de seguro social# _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Licencia de manejar (Estado) _____ (Numero) _____

Empleador/Nombre de escuela: _____ tiempo complete tiempo parcial

Nombre del cónyuge: _____ Teléfono del trabajo: (_____) _____

Persona responsable (si es diferente que el paciente):

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relacion con el Paciente: _____ Numero de seguro social # _____ - _____ - _____

Telefono celular # (_____) _____ Telefono en el trabajo # (_____) _____

Direccion: _____ Apt. # _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Empleador: _____ No de telefono (_____) _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Tu occupation: _____

Información del seguro médico

Nombre del seguro: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Relación con el Paciente Ser Cónyuge
 Otro Niño

Número de ident. del miembro: _____ No. de grupo: _____

Nombre del seguro secundario: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Relationship to insured Ser Cónyuge
 Otro Niño

Número de ident. del miembro: _____ No. de grupo: _____

Persona a notificar en caso de emergencia:

Nombre _____ Relación con el Paciente: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Nombre del cónyuge: (_____) _____

Asignación de Beneficios • Acuerdo Financiero • Divulgación de Registros Médicos

Por la presente doy autorización de por vida para que el pago de los beneficios del seguro se realice directamente a Arthritis Medical Clinic y a cualquier médico asistente por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, estén o no cubiertos por el seguro. En caso de incumplimiento, acepto pagar todos los costos de cobro y los honorarios razonables de los abogados. Por la presente autorizo a este proveedor de atención médica a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Por la presente autorizo a este proveedor de atención médica a divulgar los registros médicos del paciente mencionado anteriormente. Además, acepto que una fotocopia de este acuerdo será tan válida como el original.

Fecha de hoy _____

Firma _____