

Información del Paciente

NORTH DALLAS SURGICAL SPECIALISTS, P.A.

Please Print

Nombre Legal – Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Dirección de casa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: M F Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Número de licencia: _____ Estado Civil: Casado/a Soltero/a Divoricado/a Viudo/a

Ethnicidad: Hispano/Latino No Hispano/Latino Leguaje Preferrida: _____

Raza: Indio Americano ó Nativo de Alaska Asiático Negro or Africano Americano

Blanco Nativo de Hawaii ó Pacífico Otra Raza

Doctor que lo referiro: Nombre: _____ Apellido: _____ Número: (____) _____

Doctor Primario: Nombre: _____ Apellido: _____ Número: (____) _____

Información de la Farmacia

Farmacia: _____ Locación: _____ Número: (____) _____

Además de revisar la lista de medicamentos que usted proporciona, NDSS solicitarán su historial de medicamentos en su farmacia.

Información de Contacto

Marque aquí si está bien dejar un mensaje en su contestador automático (o correo de voz contestador).

Lista de todos los números de teléfono—por orden de preferencia—donde podemos comunicarnos con usted:

Ubicación/Tipo

(Casa, Trabajo, Celular, etc.)	Número de Teléfono
1. _____	(____) _____
2. _____	(____) _____
3. _____	(____) _____

Enumere los que podemos hablar con respecto a su información de salud:

Nombre	Relación	Número de Teléfono
1. _____	_____	(____) _____
2. _____	_____	(____) _____
3. _____	_____	(____) _____

Email: _____

Empleador: _____ Dirección de Empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código de postal: _____ Teléfono de la Empresa: (____) _____

Información del Seguro Medico

¿Su condición se relacionada con su trabajo? (¿Es esto un reclamo de compensación al empleador?) Sí No

Seguro Primario

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Compañía de Seguro: _____

Su relación con el asegurado: Yo Esposo Niño Otra

Seguro Secundario

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Compañía de Seguro: _____

Su relación con el asegurado: Yo Esposo Niño Otra

HIPAA Reconosco que recibí la información de privacidad de NDSS.

Persona Responsable de Pago y Beneficios Medico(s)

Como el partido responsable, entiendo que mi política del seguro médico es un arreglo entre mi portador de seguro yo mismo. Esta oficina preparará cualquier papel, informes para asistirme en la fabricación de la colección de la compañía de seguros, sin embargo, entiendo y convengo claramente que todos los servicios rendidos a mí están cargados directamente a mí y yo soy personalmente responsable de todos los precios y honorarios de servicio. Toda carga no pagado por mi seguro será mi pago de responsabilidad es debido a la hora de servicio.

Adviso de Propiedad Médico

Uno ó mas de los Médicos del North Dallas Surgical Specialists, P.A. tienen interes propia en los proximos comodidades: Baylor Surgicare at Garland, Baylor Surgicare at North Dallas, y Rockwall Surgery Center. Yo entiendo que mi doctor posiblemente me podai referir a una de estas comodidades para servicio. Y entiendo que tengo el derecho de hablar con mi doctor acerca de su relación financiera con los comodidades mencionados. Y pedirle a mi doctor que mi sirugia or tratamiento sea en otra comodidad que no tenga interes financiero.

Signatura: **X** _____ Fecha de Hoy: ____/____/____