

C.A.I
A Cardiovascular & Arrhythmia Institute

Inscripción De Paciente Nuevo

Paciente: _____

De SS: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono1 () _____ Teléfono 2 () _____

Empleador: _____

Correo Electrónico: _____

Estado Civil: ___ Soltero ___ Casado ___ Viudo ___ Divorciado

Raza: Americana ___ Africano Americana ___ Nativo Americano ___ Nativo Alaska ___ Hispano ___

Chino ___ Filipino ___ Japonés ___ Multirracial ___ No determinado ___ Se Negó ___

Sexo: Masculino ___ Femenino ___ **Idioma:** _____

Origen Étnico: Latino o Hispano ___ No Latino o Hispano ___ Otro ___ Se Negó ___

Referido Por: _____

Médico De Atención Primaria: _____ Teléfono () _____

Contacto De Emergencia: _____ Relación Al Paciente _____

Teléfono () _____

Información del Asegurado (Si no es usted mismo)

Nombre Del Asegurado: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Empleador: _____ Teléfono: _____

Fecha De Nacimiento: _____ # De SS: _____

Información Sobre El Seguro Medico

Seguro Principal: _____ # De Identificación: _____ Grupo: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Nombre del Suscriptor: _____ Relación Al Paciente: _____

Seguro Secundario: _____ # De Identificación: _____ Grupo: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Autorización y Asignación

Por la presente autorizo **CARDIOVASCULAR AND ARRHYTHMIA INSTITUTE, LLC**, a dar cualquier información médica o incidental que puedan ser necesarios, ya sea para atención médica o tramitación de solicitudes de beneficios financieros.

Por la presente autorizo el pago directo de beneficios médicos a **CARDIOVASCULAR AND ARRHYTHMIA INSTITUTE, LLC**, por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de los saldos no cubiertos por mi seguro. Si esta cuenta no se paga puntualmente, y la oficina considera que es necesario utilizar un servicio de recolección, estoy de acuerdo con todos los gastos de cobranza razonables y honorarios de abogados, más el saldo actual de la cuenta atrasada.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

RESPONSABLE: _____ FECHA: _____

(SI NO ES EL PACIENTE)

www.caiaz.com

10238 E Hampton Ave # 501 Mesa, AZ 85209

Phone 480.889.1573

Fax 480.889.1574