

FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

NUMERO DE SEGURO SOCIAL

BILLING INFORMATION

PORFAVOR MANDE CARGOS A: PACIENTE MEDICAID MEDICARE INSURANCE - IS YOUR INS. PPO HMO

SEGURO PRIMARIO

NOMBRE DE LA COMPANIA DE SEGURO:

INSURANCE COMPANY ADDRESS CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSIBLE DEL SEGURO: FECHA DE NACIMIENTO: NOMBRE DEL LUGAR DONDE TRABAJA:

SEGURO SOCIAL DE PERSONA RESPONSIBLE # DE IDENTIFICACION: # DE POLICA NUMERO DE GRUPO:

SEGURO SECUNDARIO

NOMBRE DE LA COMPANIA DE SEGURO:

INSURANCE COMPANY ADDRESS CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

NAME OF POLICY HOLDER IF OTHER THEN PATIENT: INSURED'S EMPLOYER

SSN IF OTHER THEN PATIENT # DE IDENTIFICACION: # DE POLICA NUMERO DE GRUPO:

REQUIERE UN REFERIDO SU PLAN DE SEGURO ? SI NO

INFORMACION DE LA TARJETA MEDICA

TO BETTER SURVE YOU WE REQUIRE FOR YOU TO PRESENT YOUR MEDICAL CARD FOR EVERY VISIT

PERSONA ELEGIBLE: ID#

NUMERO DE CASO:: PERIODO ELEGIBLE:

ASSIGNMENT AND RELEASE

Yo autorizo a Chicago Maternal-Fetal Medicine para release information received, including without limitation, medical information to my health plan/Insurance carrier and its authorized representatives

Yo assigno pago a la oficina Chicago Maternal-Fetal Medicine para cirugia y o beneficios medicos otherwise payable to me. Yo entiendo que yo soy responsable de los cargos financieros que me daran por los servicios.

I acknowledge by signing that I have received the business policies and **Notice of Privacy Practices and Notice of individual rights**

YO ENTIENDO QUE ES REQUERIDO DAR UNA NOTIFICATION DE 24 HORAS ANTES PARA CANCELAR MI CITA NO SI LO HAGO HAY UN RECARGO DE \$ 45.00 POR NO NOTIFICAR

FIRMA: _____ FECHA: _____