



1

PATIENT INFORMATION / Informacion del Paciente

Patient Name: _____
Nombre del Paciente

Home Phone: _____
Telefono del Hogar

Home Address: _____
Direccion del Hogar

Cell Phone: _____
Numero del Celular

City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Ciudad Estado Código Postal

Work Phone: _____
Telefono del Trabajo

Employer / Occupation: _____
Empleo / Ocupacion

Date of Birth: _____
Fecha de Nacimiento

Name of Spouse or Emergency Contact: _____
Contacto de Emergencia

Social Security#: _____
Numero de Seguro Social

Emergency Phone #: _____
Telefono de Emergencia

Marital Status: _____
Estado Civil

Primary Care Provider (PCP): _____
Proveedor Primario (PCP)

Ethnic Group: _____ Race: _____
Grupo étnico Raza

Referring Physician: _____
Nombre de su Obstetras

Gender: _____
Género

Referring Doctor's Phone Number: _____
Nombre de su Medico

Primary Language: _____
Idioma Principal

Email Address: _____
Correo Electronico

How did you hear about us: _____
Quien referio a nuestra oficina?

2

INSURANCE INFORMATION Infamacion de Seguro

Name of Primary Insurance: _____
Nombre del Seguro

Insured ID: _____
Numero de indentificacion de Asegurado

Name of Subscriber: _____
Nombre del Asegurado

Subscriber's SS#: _____
Numero de Seguro Social del Asegurado

Relation to Patient: _____
Relacion al Paciente

Subscriber's Date of Birth: _____
Fecha de Nacimiento del Asegurado

Subscriber's Employer: _____
Empleo del Asegurado

Subscriber's Work Number: _____
Telefono de Trabajo del Asegurado

Name of Secondary Insurance: _____
Nombre del Seguro Secundario

Insured ID: _____
Numero de indentificacion de Asegurado

Name of Subscriber: _____
Nombre del Asegurado

Subscriber's SS#: _____
Numero de Seguro Social del Asegurado

Relation to Patient: _____
Relacion al Paciente

Subscriber's Date of Birth: _____
Fecha de Nacimiento del Asegurado

Subscriber's Employer: _____
Empleo del Asegurado

Subscriber's Work Number: _____
Telefono de Trabajo del Asegurado

PLEASE PRESENT PHOTO ID AND INSURANCE CARD AT THE TIME OF YOUR APPOINTMENT



FEES AND INSURANCE INFORMATION

All fees are payable at the time services are rendered. We accept Visa, Master Card, American Express and Discover Card. Your medical insurance is a contract between you and your insurance carrier and the terms of the contract vary according to the terms of your policy. Final payment for all charges is the patient's responsibility and should it be necessary for this account to be turned over to either an attorney or collection agency for collection, I understand that I will be liable for any charges incurred, including attorney's fees and court costs.

Todos los honorarios por servicio deben ser pagados al recibir el servicio. Aceptamos Visa, Master Card, American Express y Discover. Su seguro medico es un contrato entre usted y su compania de seguro. Pagos por nuestros servicios dependen de los terminos de su poliza. El pago final de todos los cargos es su responsabilidad. Si es necesario tomar accion legal para cobrar esta deuda, usted es responsable de los gastos legales.

PHYSICIAN'S RELEASE AND ASSIGNMENT

I hereby assign payment directly to Manuel Abella, MD, P.A. ("PA") of all benefits applicable and otherwise payable to me from my insurance carrier, HMO or other third party payor, for services rendered by PA. I understand that I am financially responsible to PA for any and all charges that the carrier declines to pay (including but not limited to: Not a covered benefit; Disallowed by plan). I hereby authorize the release of my medical records as deemed necessary for payment of insurance benefits.

Por la presente autorizo el pago directamente a Manuel Abella, MD, PA. todos los beneficios derivados del seguro que ampara al paciente y que normalmente yo tendria derecho de percibir. Con mi firma autorizo transferir documentos relacionados a mi tratamiento medico a mi compania de seguro para procesar mi reclamacion. Yo entiendo que soy responsable por todos los cargos no cubiertos bajo mi seguro medico.

PATIENT'S SIGNATURE & NOTICE OF PRIVACY ACKNOWLEDGEMENT *Por favor tenga en cuenta que se le proporcionará una copia de nuestra "Paciente Compatible Aviso de Privacidad HIPAA - I have read and understand the Privacy Act:*

Signature Firma del Paciente : _____ DATE: