ADVANCED AUDIOLOGY INSTITUTE
7660 West Cheyenne Avenue, Suite 114
Las Vegas, NV 89129
t 702•823•7986 f 702•880•1511

Apellido: _____
Nombre Segundo Nombre

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. Postal: _____ Celular: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____ Tel. Alternativo: _____

Masculino Femenino Soltero Casado Divorciado Viudo Separado Menor

Lugar de Trabajo: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Accidente de trabajo: Si No Accidente de auto: Si No Fecha del accidente: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Tel: _____

Disposiciones Medicas: Si No Copia en Archivo: Si No Retirado: Yes No

Referido por: _____

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO PRIMARIO

Nombre del Asegurado: _____ Relación Paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____ SS#: _____

Lugar de Trabajo: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Seguro Medico: _____ Teléfono: _____

Grupo #: _____ Póliza #: _____

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO SECUNDARIO

Nombre del Asegurado: _____ Relación Paciente: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____ Teléfono: _____

Seguro Medico Secundario: _____ Teléfono: _____

Grupo #: _____ Póliza #: _____

AUTHORIZACION PARA EL USO DE LA INFORMACION Y ASIGNACION DE BENEFICIOS

Los co-pagos y deducibles deben efectuarse antes de recibir los servicios médicos. La compañía de seguros no garantiza el pago por servicios a Heppler Audiology PLLC dba Advanced Audiology Institute. En consecuencia, el paciente es responsable por el pago de servicios recibidos y no pagados por la compañía de seguros. Los padres/guardianes de menores de edad son responsables por el pago de servicios recibidos por el menor. Si su cuenta es enviada a colección, el paciente será responsable también por los gastos incurridos en la gestión de cobros.

Toda la información presentada en este documento es precisa y correcta. Yo autorizo el use de esta información para solicitar cobros a mi compañía de seguros y asignar beneficios a Heppler Audiology PLLC dba Advanced Audiology Institute. También autorizo a revelar esta información y la de mis registros médicos a otros médicos especialistas, laboratorios y otros proveedores de servicios de salud cuando sea necesario.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____
(Guardián Legal)