WILMINGTON HEALTH

Account No. _____

Doctor's No. _____

Información del Paciente

Porfavor Conteste Todas las Preguntas

Información del Paciente

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Fecha de Nacimiento _____ Seguro social _____

Telefono _____

Celular _____

Sexo

☐ M

☐ F

RAZA

☐ Blanco
☐ Asiano
☐ Otra Raza
☐ Afro-Americano
☐ Nativo de Hawaii/De la Isla del Pacifico
☐ Indio-Americano/Nativio de Alaska

GRUPO ÉTNICO

☐ Hispano
☐ No es Hispano

Dirección _____ Dirección 2 _____

Ciudad _____ Estado _____

C.P. _____ 4 Digitos _____ Condado _____

Pais _____ Estado Civil _____

Empleador _____ Dirección _____

Telefono _____ Extención _____ Doctor de Familia _____

Información de Aseguranza Medica

1) Compañia _____ 2) Compañia _____

Dirección _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Medicare/ID# _____ Medicare/ID# _____

Grupo # _____ Grupo # _____

Información del Asegurado

Nombre _____

Relación _____

Seguro social _____

Fecha de Nacimiento _____

Empleador _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Información del Asegurado

Nombre _____

Relación _____

Seguro social _____

Fecha de Nacimiento _____

Empleador _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Yo entiendo que yo soy responsable por los cargos que los agentes mencionados no cubran. Yo estoy de acuerdo de que en un evento de no pagar, yo seria responsable por todos los intereses, la coleccion financiera, y los pasos legales (si necesarios). (2) Yo autorizo a la compañia aseguradora mia para dar informacion en cuenta de mi cobertura financiera a Wilmington Health. Yo tambien autorizo los agentes de cualquier hospital, cetros de tratamiento o doctores previos para poder dar informacion de toda mi historia medica y mis tratamientos y servicios pasados. Yo tambien autorizo la descarga de la informacion medica mia o mis tratamientos a cualquier agencia acreditada federal, de estado, o de acreditacion, o para cualquier compañia de seguro o doctor como sea necesario. Tambien autorizo a una revision de mis documentos para auditorios internos, investigaciones, o reviso de calidad de seguro entre Wilmington Health. (3) Mis derechos para pagar todos los farmaceuticos, examenes, tratamientos, alquilas de equipaje o provisiones medicas, y servicios de enfermera/doctor incluyendo a todos los beneficios generales son oficialmente asignados a Wilmington Health. Este contrato incluye cualquier y todos los beneficios bajo Medicare, otros programas financiados por el gobierno, seguro privado, y otros panes de salud. Yo acepto a este documento como ser una obligacion legal, para colectar mis beneficios como pago por los reclamos de servicio. En el evento de que mi seguro no acepte este Asigno de Beneficios, o que pagos sean hechos directo a mi o mi representante, yo dare esos pagos a Wilmington Health.

Firma del Paciente _____ Fecha/Tiempo _____

Firma de Persona Responsable _____ Fecha/Tiempo _____

Una copia de esta autorización y asignación sera considerada validad como la original.

FORM #15SP
Revision 08/2010