

## PACIENTE

Apellido	Primer Nombre	Inicial
Fecha de Nacimiento	Sexo M F	# Seguro Social
Estado Civil Casado Soltero Otro	Ocupación	Raza/Etnicidad
Domicilio	Ciudad, Estado	Código Postal
Teléfono de Casa Número preferido	Mensaje/Teléfono celular Número Preferido	Correo Electrónico
Nombre de Empleador	Teléfono de Trabajo	Domicilio del Trabajo

### NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA Mismo que arriba

Apellido	Primer Nombre	Inicial
Fecha de Nacimiento	Sexo M F	La Seguridad Social #
Estado Civil Casado Soltero Otro	Ocupación	Raza/Etnicidad
Domicilio	Ciudad, Estado	Código Postal
Teléfono de Casa Número preferido	Mensaje/Teléfono celular Número Preferido	Correo Electrónico
Nombre de Empleador	Teléfono de Trabajo	Domicilio del Trabajo

### CONTACTO DE EMERGENCIA

Apellido	Primer Nombre	Parentesco
Domicilio	Ciudad, Estado	Código Postal
Teléfono de Casa	Mensaje/Teléfono Celular	Teléfono del Trabajo

**Los Pacientes de Medicare:**

Solicito que el pago de beneficios autorizados se hagan ya sea para mí o en mi nombre a Karin C. Li, MD o a su Corporación Médica por los servicios prestados a mí por el médico o por su asociado. Autorizo a cualquier titular de la información médica sobre mí a que provea a la Health Care Financing Administration y sus agentes cualquier información necesaria para determinar los beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Por la presente autorizo a Medicare a que proporcione al médico cualquier información sobre mis reclamaciones de Medicare bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social. Una copia de esta firma es tan válida como la original.

**Seguro Comercial del Paciente:**

Por la presente autorizo a que se entregue la información necesaria para presentar una reclamación a mi compañía de seguros y asignar los beneficios pagaderos ya sea a mí, al médico, o grupo indicado en la reclamación. Yo entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo no cubierto por mi seguro. Una copia de esta firma es tan válida como la original.

Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Reclamación # (Medicare) \_\_\_\_\_