



Allergy & Asthma Center

of Southern Oregon, PC

Edward M. Kerwin, MD Kevin W. Parks, MD Ryan B. Israelsen, MD

Jaleh K. Ostovar, FNP-C Jennifer K. Milligan, PA-C Kary A. Kelly FNP-C Tiffany R. Smith, PA-C

Citas 1-541-858-1003 Fax (541) 857-4499

Registro del Paciente:

Fecha: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: ____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: ____ Sexo: Hombre / Mujer

Dirección: _____

Calle

Ciudad

Estado

Codigo Postal

Telefónico de Casa _____ # Telefónico de Movil : _____

Telefónico de Trabajo: _____ Correo Electrónico: _____

Método Preferido de Comunicación? Casa Movil Trabajo Correo Electrónico

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Otro _____

Lengua: _____ Es Usted De Origen Hispano o Latino : Si _____ No _____ Otra _____

Descendencia Étnica: Blanco Negro/Afroamericano Asiático Indio Americana Nativo Hawaiano Otra Desconocido

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ # de Teléfono: _____

Está bien hablar con: _____ de Médicas: de Resulto de laboratorios: citas:

Médico de atencion primaria: _____ Médico de atencion de referencia: _____

Información de la persona responsable (si es diferente del paciente):

Nombre: _____ Segundo Nombre: ____ Apellido: _____

Relación: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Hombre / Mujer

Dirección (si es diferente del paciente): _____

Calle

Ciudad

Estado

Codigo Postal

de Teléfono de Casa _____ # de Teléfono Movil : _____

Seguro:

Nombre de la de Seguro Primario: _____

Dirección de la Compañía de seguros: _____

Calle

Ciudad

Estado

Codigo Postal

Nombre: _____ Segundo Nombre: ____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de la Póliza: _____ Número del grupo: _____ Relación del paciente: _____

Nombre de la Compañía de Segura Secundaria: _____

Dirección de la Compañía de seguros: _____

Calle

Ciudad

Estado

Codigo Postal

Nombre: _____ Segundo Nombre: ____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de la Póliza: _____ Número del grupo: _____ Relación del paciente: _____

AUTORIZACIÓN PARA PAGAR Y LIBERAR INFORMACIÓN:

Me doy cuenta de que es responsabilidad del paciente o del tutor estar al tanto de lo que no está cubierto por mi seguro. El contrato de seguro es entre yo y lo compañía de seguros, y debo aclarar los beneficios con mi aseguradora si tiene alguna pregunta. En última instancia soy responsable del pago de los servicios que me prestaron. Por la presente, asigno todos los beneficios médicos y / o quirúrgicos para visitas iniciales y de seguimiento al Centro de Alergias y Asma (AAC), para incluir los principales beneficios médicos a los que tengo derecho, incluidos Medicare, seguros privados y cualquier otro plan de salud para AAC. Esta asignación debe considerarse válida como original. Por la presente autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago.

Firma: _____ Fecha: _____