



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:

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
(First Name) (Middle) (Last Name)

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Hombre / Mujer
(Date of Birth) (Age) (Gender: M/F)

Dirección: _____
(Address) Calle (Street) Ciudad (City) Estado (State) Código Postal (Zip Code)

Telefónico de Casa _____ # Telefónico de Movil : _____
(Home Phone) (Cellphone)

Telefónico de Trabajo: _____ Correo Electrónico: _____
(Work Phone) (Email)

Método Preferido de Comunicación? Casa Movil Trabajo Correo Electrónico
(Preferred Method of Communication) (Home) (Cell) (Work) (Email)

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Otro _____
(Marital Status) (Single) (Married) (Divorced) (Widowed) (Other)

Lengua: _____ Es Usted De Origen Hispano o Latino : Si _____ No _____ Otra _____
(Language) (Hispanic) (Yes) (No) (Other)

Descendencia Étnica: Blanco Negro/Afroamericano Asiático Indio Americana Nativo Hawaiano Otra Desconocido
(Race) (Caucasian) (African American) (Asian) (American Indian) (Pacific Islander) (Other) (Unknown)

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ # de Teléfono: _____
(Emergency Contact) (Relationship) (Phone #)

Está bien hablar con: Contacto de Emergencia Otra _____ de Médicas Resulto de laboratorios Citas Facturación
(Okay to Speak to) (meds) (lab results) (Apps) (Billing)

Médico de atención primaria: _____ Médico de atención de referencia: _____
(Primary Care Provider) (Referring Provider)

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

(Responsible Person if different than patient)

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
(First Name) (Middle) (Last Name)

Relación: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Hombre / Mujer
(Relationship) (DOB) (Gender: M/F)

Dirección (si es diferente del paciente): _____
(Address if different than patient) Calle (Street) Ciudad (City) Estado (State) Código Postal (Zip Code)

de Teléfono de Casa _____ # de Teléfono Movil : _____
(Home Phone) (Cell Phone)

Seguro:

(Insurance)

Nombre de la de Seguro Primario: _____
(Name of Primary Insurance Company)

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(First Name) (Middle) (Last Name) (DOB)

Número de la Póliza: _____ Relación del paciente: _____
(Policy Number) (Relationship)

Nombre de la Compañía de Segura Secundaria: _____
(Name of Primary Insurance Company)

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(First Name) (Middle) (Last Name) (DOB)

Número de la Póliza: _____ Relación del paciente: _____
(Policy Number) (Relationship)

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 la 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: _____
(Signature) (Date)