RIVERSIDE MEDICAL GROUP, P.C.
FORMULARIO DE REGISTRATION

Apellido_____ Nombre_____ Inicial_____

Direction_____Ciudad_____

Estado_____ Codigo _____Numéro de telefono ( )_____-_____ Masculino____Femenino____

Fecha de nacimiento ____/____/____Numero de seguro social _____Estado civil_____

Empleo_____ Trabajo ( )_____-_____

Contacto de Emergencia Nombre_____Relacion_____

Numero telefono de la casa ( )_____-_____ Trabajo ( )_____-_____

Como responsable del seguro, yo estoy de acuerdo que todos los cargos que no sean cubierto por mi compania de seguro sera mi responsabilidad.

Firma : _____

Information sobre su seguro primario :

Nombre de compania : _____ Subescritor_____

Numero de certificado_____Fecha de nacimiento_____

Numero de seguro social_____

AUTORIZACION PARA INFORMATION MEDICA Y PAGOS DE BENEFICIOS MEDICOS

YO AUTORIZO EL PERMISO DE CUAL QUIER INFORMATION NECESARIA PARA PROCEDER CASOS MEDICOS POR LOS SERVICIOS PROVEIDO POR EL DOCTOR.

YO TAMBIEN AUTORIZO PAGOS DE BENEFICIOS MEDICO DIRECTAMENTE AL DOCTOR POR LOS SERVICIO PROVEIDO.

_____ _____ _____
PRINTE NOMBRE COMPLETO FIRMA FECHA

NOTIFICACION A LOS PACIENTES DE MEDICARE B /**ESTO NO APLICA A LOS PACIENTES DE SECURE HORIZONS**

Medicare solamente pagara por los servicios que sean determinado ser 'rasonables y necesarios' bajo la section 1862 (a) (1) de las leyes de Medicare. Si Medicare determina que es un servicio particular, de otra forma sera cubierto por su seguro medico, si 'no es necesario ni rasonable' bajo el programa standards de Medicare, Medicare va a negar pagos por ese servicio. Se podria créer que en ese caso, Medicare negaria pagos por examenes fisico de rutina, y cualquier analisis asociados con estos examenes, y vacunas como injeciones de tétanos. Por eso, pagos por culquieras de los servicios mensionados seran pagado por el paciente a la hora de los servicios.

Firma :_____ Fecha :_____