

Wise County Medical & Surgical Association

1001 W. Eagle Dr. • Decatur, TX 76234 • (940) 627-7443 • Fax (940) 627-7464
1820 O'Neal St., Ste 5 • Gainesville, TX 76240 • (940) 580-3070 • Fax (940) 580-3329

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ DL #: _____

Direccion: _____ Seguro Social #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal : _____ Sexo: { } Masculino { } Femenino

Numero de Telefono # _____ { } Casado { } Soltero { } Divorciado

Medico: _____ { } Empleado { } Retirado { } Otro

Empleo: _____ **RESPONSABLE:** { } Paciente

Direccion: _____ Nombre: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal : _____ Direccion: _____

Numero de trabajo# _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal : _____

Contacto en caso de Emergencia:

Nombre: _____ Telefono #: _____

**Seguro Medico
(PRIMARIO):**

**Seguro Medico
(SECUNDARIO):**

Pago Portatil De Paciente

Recibir cobros por email

Proveer balance actualizado

*Pagar en linea con cualquier tarjeta de
credit*

No cobramos por este servicio

Inicial aqui: _____

Passport De Paciente

Mandar informacion para el doctor oficina

Revisar expediente

*Solo una tabla de paciente por correo
electronico unique*

*(Una vez invitación se ha enviado usted recibirá un
correo electrónico de activación, siga las
instrucciones en el correo electrónico para configurar
su cuenta.)*

Inicial aqui: _____

Nombre Del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por favor escriba su email:

@ _____

Numero celular: _____ - _____ - _____

(Usar Passport no puede recibir mensajes sin haber actualizado activacion
de codigo con personal del Doctor.)

Copagos y deductibles deben ser pagados al servicios son rendidos.

Firma:

Fecha:

Acct. # _____ Provider: _____

Date

Office use only. Pt. ID#

WISE COUNTY MEDICAL & SURGICAL ASSOCIATION

1001 EAGLE DRIVE • DECATUR, TX 76234 • 940-627-7443
1820 O'NEAL STREET, SUITE 5 • GAINESVILLE, TX 76240 • 940-580-3070

AUTORIZACIONES, CONSENTIMIENTOS Y ACUERDOS PARA EL AÑO 2019

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Yo, el que abajo firma, como participante o representante de el paciente, doy con esto permiso de autorizacion a todo dianostico y terapeutico tratamiento considerados necesarios o avisados en juzgamento del doctor en servicio. Yo entiendo que no garantia o aseguramiento se ha hecho a los resultados obtenidos.

ACUERDO DE FINANIAMIENTO: Yo con esto garantizo pago por los servicios a recibir en la oficina de Wise County Medical & Surgical Association. Entiendo que cualquier porcion de este cobro, en casa de que sea entregado a una agencia de colecciones, WCMSA se reserva el derecho a anadir una cuota del 25%. Tambien entiendo que ere responsable por los costos de abogados y costo de agencias que hallan sido incluidas en las colecciones de la cuenta.

ASIGNAMIENTO DE BENEFICIOS: Doy mi autorizacion a toda compania de aseguranza de pago directamente a Wise County Medical & Surgical Association y a todo proveedor afiliado, cualquier beneficio y cuotas bajo mi poliza de seguro. Yo entiendo que este orden no me librara de mi obligacion al pagar mi cuenta. **Cualquier saldo que no se cubierto o pagado por la aseguranza es mi responsabilidad.**

CEDER INFORMACION MEDICA: Yo autorizacion a Wise County Medical & Surgical Association, a sus afiliados o agents, a dar cualquier informacion medica u otra informacion en coneccion con los servicios dados, para determinacion de beneficios o por coleccion de dichos beneficios para mi aseguranza medica y otros responsables por dicho pago.

SOLAMENTE PARA BENEFICIARIOS DE MEDICARE: Yo certifico que la informacion dada en la aplicacion para pago bajo Titulo XVII del Acto del Seguro Social es correcto. Yo autorizo cualquier persona que tenga informacion medica u otra informacion acerca de mi, de dar esta informacion a la Administracion del Seguro Social o sus intermediaries o portadores cualquier informacion necesaria para esto o en relacion con la reclamacion para Medicare. Requiero que pago de beneficios sean hechos a Wise County Medical & Surgical Association. Entiendo que soy responsable por los deducibles or co-aseguranza.

SUPLEMENTOS DE MEDICARE: Yo ademas, autorizo a Wise County Medical & Surgical Association a reclamar y recibir beneficios a traves de el suplemento de Medicare.

COMPANIA: _____ NOMBRE DEL SEGURO MEDICO

Esta autorizacion incluye reclamo de beneficios de Medigap y seguiran establecidos en efecto hasta entonces o a menos que sean renunciados por escrito.

HE LEIDO LAS AUTORIZACIONES, CONSENTIMIENTOS Y ACUERDOS Y ACEPTO LOS TERMINOS COMO HAN SIDO DESCRIBIDOS.

Firma de Paciente/Responsable (Relacion)

Fecha

Nombre de Paciente

Firma de Tesigo

Fecha

Cuenta de Paciente

FORM: 201

Wise County Medical & Surgical Association

1001 Eagle Dr • Decatur, TX 76234 • 940-627-7440
1820 O'Neal St, Ste 5 • Gainesville, TX 76240 • 940-580-3070

Jeff B. Alling, MD • Brad D. Faglie, MD • Charle I. Majka, MD
Thomas E. Steffen, MD • Shawn L. White, MD

RECONOCIMIENTO DE AVISO DE NOTICIA DE PRACTICAS PRIVADAS

Yo he revisado la Noticia de Practicas de su oficina que me explica como podra ser usada y ervelada mi informacion medica. Yo entiendo misderechos a recibir una copia de este documento.

NOMBRE DE PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

FIRMA DE PACIENTE/RESPONSABLE

RELACION

FIRMA DE TESTIGO

TIEMPO DE FIRMA: MES _____ DIA _____ AÑO _____ HORA _____ AM/PM

NUMERO de CUENTA

MEDICO