

TAMPA BAY NEPHROLOGY ASSOCIATES

German Ramirez, M.D. and Polly Bittle, APRN, FNP-C

4912 N. Armenia Avenue, Tampa, FL 33603

Ph: (813) 353-8775 • Fax: (813) 353-3956

2021 REGISTRACION DE PACIENTES NUEVOS (letra impronta)

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nac.:** _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Cod. Postal:** _____

Telefono: (____) _____ **Seguro Social #:** _____

Sexo: Masc. _____ Femen. _____ **Estado Marital:** _____

Nombre del Empleador:(Si Aplicable) _____ **Ocupacion:** _____

Medico de Cabezera (Primario): _____ **Telef:** (____) _____

Direccion: _____ **Fax:** (____) _____

Referido por: _____ **Telef:** (____) _____

Nombre de esposo(a)/Guardian: _____ **Fecha de Nac.:** _____

Telefono: _____

Contacto de Emergencia: _____ **Telef:** (____) _____

Relacion con el Paciente: _____

Seguro de Salud (Primario): (Medicare//Seguro Privado)

Nombre del Seguro de salud: _____

Nombre del asegurado: _____

Numero de Identidad #: _____

Telefono: (____) _____ **Numero de Grupo:** _____

Nombre del asegurado (si no es el Paciente): _____ **Fecha de Nac:** _____

Seguro Secundario de salud:

Nombre: _____ **Numero de Identidad:** _____

Grupo #: _____ **Telef:** (____) _____

Nombre de Farmacia: _____ **Telef:** (____) _____ **Fax#:** (____) _____

AUTORIZACION PARA EL RELEVO DE INFORMACION MEDICA – Acepto y entiendo lo siguiente: (1) La póliza de seguro es un contrato entre mi compañía de seguros y yo; (2) Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en la oficina del medico mencionado anteriormente en mi nombre, por cualquier servicio que me haya proporcionado **y es mi responsabilidad notificar a esta oficina de cualquier cambio de seguro en el momento de la visita o seré responsable de los costos debido según mi error de omisión;** (3) Acepto pagar todos los cargos incurridos, pagados o no por el seguro indicado anteriormente; (4) Autorizo el pago directo a Tampa Bay Nephrology Associates, PL por los beneficios, si los hubiere, pagaderos bajo los términos de mi compañía de seguros; (5) Se me puede cobrar el 1,5% de la tasa de interés por mes sobre cualquier saldo impagado y soy responsable de cualquier costo incurrido en el cobro del saldo; (6) Autorizo a cualquier titular de información médica y de otro tipo sobre mí a ser liberado a la Administración de Financiamiento de Cuidado de la Salud, Medicare, sus agentes, compañía de seguros, cualquier tercero pagador, agencia estatal de asistencia médica, cualquier otro pagador gubernamental o privado responsable de pagar dichos beneficios, y cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios para los servicios relacionados. **Al firmar este formulario también autorizo:** (1) mi información de correo electrónico y teléfono celular, si se indica anteriormente, como una forma de comunicación, (2) una copia de este formulario se puede utilizar en lugar del original, (3) he recibido una copia/ o tengo acceso a Tampa Bay Nephrology Associates' Not hielo de Práctica de Privacidad, describiendo cómo se utiliza y comparte mi información de salud, (4) Notificaré a la oficina para reprogramar una cita dentro de 24 horas o se me cobrará \$25.00. He leído y entiendo lo anterior y acepto cumplir. **Esta forma es válida por 1 año.**

Patient Signature

Date