



1 WELLNESS BOULEVARD, SUITE 103  
 IRMO, SOUTH CAROLINA 29063  
 PHONE: (803) 749-1111  
 FAX: (803) 749-0050

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**  
 (POR FAVOR, IMPRIMIR)

|                               |                                  |                        |                           |   |  |
|-------------------------------|----------------------------------|------------------------|---------------------------|---|--|
| Apellido del paciente:        |                                  | Primero:               |                           | Medio:  |  |
| Señor. Ms. Dr.<br>Sra.. Miss  | Nombre que prefiere ser llamada: |                        | Nacimiento/Maiden Nombre: |   | Estado civil: único mar Div<br>Sep wid |
| Fecha de nacimiento:          | Género:<br>M F                   | SSN:                   |                           | Licencia de conducir Número:  | EXP fecha:                             |
| Teléfono particular:          | Teléfono de trabajo: ext.        |                        | Teléfono celular:         | Por favor, marque la casilla al lado del teléfono número que prefiere nuestra práctica para llamar. |  |
| Dirección:                    |                                  | Ciudad:                |                           | Estado:   | código postal:                         |
| Ocupación:                    |                                  | Empleador & dirección: |                           |   | Empleador teléfono:                    |
| Se refirió a la práctica por: | Doctor.                          |                        | Paciente                  |   | Otros                                  |

podemos incluir su nombre en la gracias ¿Carta que enviamos a la persona que le remitió a nuestra práctica? Yes No

**INFORMACIÓN DE SEGURO**  
 (POR FAVOR DAR SU TARJETA DE SEGURO A LA RECEPCIONISTA)

|  |                        |  |                     |
|--|------------------------|--|---------------------|
| persona responsable de proyecto de ley: (if Self, please Skip to Primary Seguro) |                        | es esta persona un paciente en nuestro ¿práctica? Yes No |                     |
| fecha de nacimiento:   | Dirección:             |  | Teléfono de casa:   |
| Ocupación:   | Empleador & dirección: |  | Empleador teléfono: |

**Sírvase indicar primaria seguros:**

**\* Name, SSN, fecha la política de obtención de Nacimiento y relación con la paciente se requieren para presentar reclamaciones de seguros todos.**

|   |      |                   |      |                      |  |
|---|------|-------------------|------|----------------------|--|
| nombre del titular de política: (tal como aparece en tarjeta de seguro) |      | SSN:              |      | Fecha de nacimiento: |  |
| Número de grupo:  |      | Número de póliza: |      | Co-Payment: \$       |  |
| Relación del paciente al titular de la directiva:                       | Self | Cónyuge           | Niño | Otros                |  |

**EN CASO DE EMERGENCIA**

|  |                           |                      |                      |                   |
|--|---------------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| Nombre de familiar o amigo local:                                  | Relación con la paciente: | Teléfono particular: | Teléfono de trabajo: | Teléfono celular: |
| Nombre de familiar o amigo local:<br>(no viven en mismo dirección) | Relación con la paciente: | Teléfono particular: | Teléfono de trabajo: | Teléfono celular: |

La información anterior es fiel a la mejor de mi conocimiento. Autorizo Associates de medicina interna de Carolina del Sur & Empresa de rehabilitación, LLC (SCIM) o seguro para liberar cualquier información necesario para procesar mis reclamaciones. Autorizo a mi seguro pagarse prestaciones directamente a su médico. Entiendo que soy financieramente responsable cualquier saldo. Entiendo pago es debida en época de servicio y ese SCIM se reserva el derecho de despedir a los pacientes que no mantener sus cuentas actual después de realizar razonables intentos de reunir los pagos. I Además acepta pagar gastos y honorarios a finales de todo razonables debe ser de mi cuenta entregado a las colecciones.

Paciente/Guardian firma: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_