



Carlotta M. Davis, APRN
Jennifer H. Padgett, APRN
Lindsay K. Holcombe, APRN

Surb S. Guram, M.D.
Joseph N. Gabriel, M.D.
Benjamin J. Levinson, M.D.
Philip C. Honig, M.D.

1 WELLNESS BOULEVARD, SUITE 200 • IRMO, SOUTH CAROLINA 29063 • PHONE: (803) 749-1111 • FAX: (803) 749-0050

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(Por favor, imprimir)

<input type="checkbox"/> Señor. <input type="checkbox"/> Ms. <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Miss	Apellido del paciente:	Primero:	Medio:
Estado civil: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Div <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Wid	Nombre que prefiere ser llamada:	Nacimiento/Maiden Nombre:	
Fecha de nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	SSN:	Email Address:
Licencia de conducir Número:	Estado:	EXP fecha:	
Teléfono particular:	Teléfono de trabajo:	Teléfono celular:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Ocupación:	Empleador & dirección:	Empleador teléfono:	
Se refirió a la práctica por:	<input type="checkbox"/> Dr. _____	<input type="checkbox"/> Paciente _____	<input type="checkbox"/> Otros _____
Podemos incluimos su nombre en la gracias ¿Carta que enviamos a la persona que le remitió a nuestra práctica? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Fecha de Nacimiento:	Dirección:	Teléfono de casa:	
Ocupación:	Empleador & dirección:	Empleador teléfono:	
* Name, SSN, fecha la política de obtención de Nacimiento y relación con la paciente se requieren para presentar reclamaciones de seguros todos. *			
Sírvase indicar primaria seguros:			
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:	<input type="checkbox"/> Self	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otros

EN CASO DE EMERGENCIA (FAMILIAR O AMIGO LOCAL)

Nombre:	Relación:	Teléfono #:	Alt. Teléfono #:
Nombre: (no viven en mismo dirección)	Relación:	Teléfono #:	Alt. Teléfono #:

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: _____