WELLSTAR SUMMIT SURGICAL

PLEASE PRINT AND COMPLETE ALL ENTRIES

1. PATIENT NAME FIRST MIDDLE LAST	2. DATE OF BIRTH / /	3. AGE	4. MARITAL STATUS M S W D □ □ □ □	5. SEX
6. ADDRESS STREET APT. # CITY STATE ZIP			7. HOME PHONE ( )	
8. NAME OF EMPLOYER	9. OCCUPATION	10. CELL PHONE ( )	11. WORK PHONE EXT. ( )	
12. EMPLOYER ADDRESS (STREET • CITY • STATE • ZIP)		13. SOCIAL SECURITY #	14. CHURCH AFFILIATION (OPTIONAL)	
15 SPOUSE'S NAME	16. SOCIAL SECURITY #	17. EMPLOYER	18. WORK PHONE EXT. ( )	
19. FATHER'S NAME (IF PATIENT IS A MINOR) DATE OF BIRTH / /		20. SOCIAL SECURITY #	21. HOME PHONE ( )	
22. EMPLOYER ADDRESS (STREET • CITY • STATE • ZIP)			23. WORK PHONE EXT. ( )	
24. EMPLOYER		25. OCCUPATION		
26. MOTHER'S NAME (IF PATIENT IS A MINOR) DATE OF BIRTH / /		27. SOCIAL SECURITY #	28. HOME PHONE ( )	
29. EMPLOYER ADDRESS (STREET • CITY • STATE • ZIP)			30. WORK PHONE EXT. ( )	
31. EMPLOYER		32. OCCUPATION		
33. NEAREST FRIEND NOT LIVING WITH YOU PHONE NO. ( )		34. NEAREST RELATIVE NOT LIVING WITH YOU PHONE NO. ( )		
IN CASE OF EMERGENY CONTACT 35. NAME		36. RELATIONSHIP	37. PHONE NO. ( )	
38. WHO MAY WE THANK FOR REFERRING YOU TO US? PHONE NO. ( )	39.FAMILY PHYSICIAN PHONE NO. ( )		40.OB-GYN PHYSICIAN (FEMALE PATIENT) PHONE NO. ( )	
41. WHO IS FINANCIALLY RESPONSIBLE FOR THIS BILL?		42. DO YOU HAVE INJURIES RELATED TO AN ACCIDENT? □ WORK □ AUTO □ OTHER		
23. ALLERGIES				

44. PRIMARY INSURANCE NAME	45. ADDRESS (STREET • CITY • STATE • ZIP)		46. PHONE NO. ( )
47. NAME OF INSURED	48. RELATIONSHIP	49. I.D. NO.	50. GROUP NO.
44. SECONDARY INSURANCE NAME	45. ADDRESS (STREET • CITY • STATE • ZIP)		46. PHONE NO. ( )
47. NAME OF INSURED	48. RELATIONSHIP	49. I.D. NO.	50. GROUP NO.

I hereby authorize WellStar Summit Surgical to furnish information to my insurance company or to the Social Security Administration and health care financing or its intermediaries or carried any information needed regarding my medical treatment. Regulations pertaining to Medicare assignment of benefits apply. I also authorize my insurance benefits to be paid directly to WellStar Summit Surgical. I understand that I am financially responsible for all services rendered including any charges or penalties made to WellStar Summit Surgical for any outside collection assistance. I realize that the physician is not responsible for any final decisions of non-payment made by an insurance company contracted by the insured to assist in payment of medical services. I authorize a representative from WellStar Summit Surgical to act on my behalf, if necessary, to the insurance commissioner governing my insurance company. I permit a copy of this authorization to be used in place of the original.

Signature_____ Date _____

WELLSTAR SUMMIT SURGICAL

POR FAVOR IMPRIMA Y COMPLETE TOAS LAS ENTRADAS

1. NOMBRE PACIENTE PRIMERO MEDIO DURA	2. FECHA DE NACIMIENTO / /	3.EDAD	4. ESTADO CIVIL M S W D □ □ □ □	5. SEXO
6. DIRIGIR CALLE APROPIADO # CUIDAD DECLARA SILBIDO (CREMALLERA)			7. A CASA TELÉFONO ( )	
8. NOMBRE DE PATRÓN	9. OCUPACIÓN	10. TELÉFONO MÓVIL ( )	11. TRABAJE EL TELÉFONO ( )	
12. LA DIRECCIÓN DE PATRÓN (LA CALLE • CUIDAD • DECLARA SILBIDO (LA CREMALLERA))		13. SEGURIDAD SOCIAL #	14. AFILIACIÓN DE IGLESIA (OPCIONAL)	
15 EL NOMBRE DEL ESPOSO	16. SEGURIDAD SOCIAL #	17. PATRÓN	18. TRABAJE EL TELÉFONO ( )	
19. EL NOMBRE DEL PADRE (SI PACIENTE ES UN MENOR) FECHA DE NACIMIENTO / /		20. SEGURIDAD SOCIAL #	21. A CASA TELÉFONO ( )	
22. LA DIRECCIÓN (LA CALLE • CUIDAD • DECLARA SILBIDO (LA CREMALLERA))			23. TRABAJE EL TELÉFONO ( )	
24. PATRÓN		25. OCUPACIÓN		
26. EL NOMBRE DEL MADRE (SI PACIENTE ES UN MENOR) FECHA DE NACIMIENTO / /		27. SEGURIDAD SOCIAL #	28. A CASA TELÉFONO ( )	
29. LA DIRECCIÓN (LA CALLE • CUIDAD • DECLARA SILBIDO (LA CREMALLERA))			30.TRABAJE EL TELÉFONO ( )	
31. PATRÓN		32. OCUPACIÓN		
33. EL AMIGO MÁS CERCANO NO QUE VIVE CON USTED • NÚMERO DE TELÉFONO ( )		34. EL PARIENTE MÁS CERCANO NO QUE VIVE CON USTED • NÚMERO DE TELÉFONO ( )		
EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTO } 35. LLAME		36. RELACIÓN	37. NÚMERO DE TÉLEFONO ( )	
38. ¿A QUIÉN PODEMOS AGRADECER POR MANDARLE a EE.UU? NÚMERO DE TÉLEFONO ( )	39.MÉDICO DE FAMILIA NÚMERO DE TÉLEFONO ( )		40.OB-GYN MÉDICO (PACIENTE HEMRAS) NÚMERO DE TÉLEFONO ( )	
41. ¿QUIÉN ES SOLVENTE PARA ESTA CUENTA (PROYECTO DE LA LEY)?		42. ¿ TIENE USTED HERIDAS RELACIONDAS CON UN ACCIDENTE? □ TRABAJO □ AUTOMOVIL □ OTRO		
23. ALLERGIAS				

44. NOMBRE PRIMARIO DE SEGUROS	45. LA DIRECCIÓN (LA CALLE • CUIDAD • DECLARA SILBIDO (LA CREMALLERA))		46. NÚMERO DE TÉLEFONO ( )
47. NOMBRE DE LOS ASEGURADO	48. RELACIÓN	49. I.D. NO.	50. GROUPO NO.
44. NOMBRE SECUNDARIO DE SEGUROS	45. LA DIRECCIÓN (LA CALLE • CUIDAD • DECLARA SILBIDO (LA CREMALLERA))		46. NÚMERO DE TÉLEFONO ( )
47. NOMBRE DE LOS ASEGURADO	48. RELACIÓN	49. I.D. NO.	50. GROUPO NO.

Por la presente autorizo WellStar Summit Surgical ordenador personal amueblar la información a mi compañía de seguros o a la Seguridad Social la Administración y la financiación de asistencia médica o su intermediarios o portador cualquier información necesaria en cuanto a mi tratamiento médico. Las regulaciones que pertenecen a la asignación de Asistencia medico de ventajas se aplican. También autorizo mis ventajas de seguros para ser pagadas directamente a la WellStar Summit Surgical ordenador personal. Entiendo que soy solvente oara todos los servicios dados incluyendo cualquier gasto o penas hechas aWellStar Summit Surgical ordenador personal para cualquier ayunda de colección exterior. Realizo (comprendo) que el medico no es responsible de ninguna decision final de no pago hecho por una compañía de seguros contraída por el asegurado para asistir en el pago de servicios medicos. Autorizo a un representante de WellStar Summit Surgical ordenador personal para actuar sobre mi nombre, si fuera necesario, al comisionado de seguros que gobierna mi compañía de seguros. Permito a una copia de esta autorización de ser usado en el lugar del original.

Firma_____ Fecha _____