

GERIG SURGICAL ASSOCIATES, P.C.

2006 South Main Street, Suite A, Goshen, IN 46526  
Phone: 574.535.9100 Fax: 574.535.1020

NATHANIEL T. DEW, MD, FACS DANIEL A. DIENER, MD, FACS KEVIN D. GERIG, MD, FACS WINSTON D. GERIG, MD, FACS  
JOHN C. MARTENS, MD, FACS DENISE C. MURPHY, MD, FACS MARK R. RANZINGER, MD, FACS KRISTAN M. RHEINHEIMER, FNP-BC

**FAVOR DE ESCRIBIR TODO EN LETRA DE MOLDE**

Nombre(s) \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Dirección Electrónica \_\_\_\_\_

SSN# \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Idioma Preferido (si no es Español) \_\_\_\_\_ Raza/Etnia (Marque todas las que correspondan)

Caucásico Afroamericano Hispano Asiático Nativo Americano Isleño del Pacífico Nativo de Hawaii Deconocido Rechazar

Empleador del Paciente \_\_\_\_\_

Teléfono del Empleador (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Nombre del Responsable (si no es el paciente) \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Contacto en caso de Emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Enviado por el Dr. \_\_\_\_\_ Médico Familiar \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido Nombre Apellido

Nombre de la Farmacia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Nombre Clínica de Reposo \_\_\_\_\_ Teléfono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Autorizo la liberación de mi información médica/registros a la siguiente persona/personas:

Contacto \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Contacto \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO**

Nombre de la Aseguradora Principal \_\_\_\_\_

Nombre del Poseedor de la Póliza (si no es del paciente) \_\_\_\_\_  
Nombre(s) Apellido

SSN# \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Nombre de la Aseguradora Secundaria \_\_\_\_\_

Nombre del Poseedor de la Póliza (si no es del paciente) \_\_\_\_\_  
Nombre(s) Apellido

SSN# \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ext. \_\_\_\_\_

**Se tiene que presentar tarjetas de seguro y foto de identificación en el momento de la consulta.**

Yo, por este medio, autorizo a Gerig Surgical Associates, P.C. a que compartan información sobre mi enfermedad y los tratamientos a las aseguradoras, y por este medio, asigno a los médicos todos los pagos por los servicios médicos suministrados a mí o mis dependientes. Autorizo a cualquier poseedor de información médica mía a que comparta la información necesaria a la administración de financiamiento de cuidado médico y a sus agentes, para poder determinar los beneficios o los beneficios pagaderos para servicios relacionados con mi tratamiento. Si se completa el artículo 12 del formulario de reclamación HCFA-1500, mi firma autoriza a que se comparta la información al asegurador o la agencia antes mencionada. Entiendo que soy responsable por los saldos pagaderos debido a deducibles, co-seguros o servicios no cubiertos por el seguro.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_