

Mission:

To protect, promote & improve the health of all people in Florida through integrated state, county & community efforts.



Ron DeSantis
Governor

Joseph A. Ladapo, MD, PhD
State Surgeon General

Vision: To be the Healthiest State in the Nation

Fecha: _____

Telefono de Casa: _____

Paciente: _____

Apellido

Primer Nombre

Inicial

Jr/Sr

Persona Responsable (si es menor de edad) _____

Direccion de casa: _____ Correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Sexo ☐ M ☐ F Fecha de Nacimiento _____ ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Separado ☐ Divorciado

Empleador (del Paciente): _____

Direccion del Negocio: _____

Occupacion: _____ Telefono del Negocio: _____

Conyuge (o persona responsable) Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Direccion del Negocio: _____

Occupacion: _____ Telefono del Negocio: _____

¿Quien es responsable de esta cuenta? _____ Relacion al paciente _____

Num.del Seguro Social : _____ Num. de Seguro Social del Conyuge: _____

List other Family Members in Household:

Total Family Members in Household: _____

1

Apellido	Primer Nombre	Inicial	Jr/Sr
----------	---------------	---------	-------

Fecha de Nacimiento	Num. de Seguro Social	Sexo	Relacion
---------------------	-----------------------	------	----------

2

Apellido	Primer Nombre	Inicial	Jr/Sr
----------	---------------	---------	-------

Fecha de Nacimiento	Num. de Seguro Social	Sexo	Relacion
---------------------	-----------------------	------	----------

3

Apellido	Primer Nombre	Inicial	Jr/Sr
----------	---------------	---------	-------

Fecha de Nacimiento	Num. de Seguro Social	Sexo	Relacion
---------------------	-----------------------	------	----------

4

Apellido	Primer Nombre	Inicial	Jr/Sr
Fecha de Nacimiento	Num. de Seguro Social	Sexo	Relacion
5			
Apellido	Primer Nombre	Inicial	Jr/Sr
Fecha de Nacimiento	Num. de Seguro Social	Sexo	Relacion
6			
Apellido	Primer Nombre	Inicial	Jr/Sr
Fecha de Nacimiento	Num. de Seguro Social	Sexo	Relacion
7			
Apellido	Primer Nombre	Inicial	Jr/Sr
Fecha de Nacimiento	Num. de Seguro Social	Sexo	Relacion
8			
Apellido	Primer Nombre	Inicial	Jr/Sr
Fecha de Nacimiento	Num. de Seguro Social	Sexo	Relacion
9			
Apellido	Primer Nombre	Inicial	Jr/Sr
Fecha de Nacimiento	Num. de Seguro Social	Sexo	Relacion
10			
Apellido	Primer Nombre	Inicial	Jr/Sr

Nombre del Paciente: _____

Tiene Medicaid? ☐ No ☐ Si Tiene Medicare? ☐ No ☐ Si Tiene Seguro Medico? ☐ No ☐ Si

Si la respuesta es 'si', Nombre del Seguro Primario: _____

Contract # _____ Group # _____ Subscriber # _____

Name of Secondary Insurer (If any) _____

Contract # _____ Group # _____ Subscriber # _____

ASIGNACIÓN Y LANZAMIENTO

Yo, el infrascrito, tengo cobertura de seguro con el _____
Nombre de la compañía de seguros

y asigno al departamento de la salud del condado de Hardee todos los beneficios médicos, eventualmente de otra manera pagadero a mí para los servicios hechos. Entiendo que soy financieramente responsable de todas las cargas independientemente de si es pagado por el seguro. Autorizo por este medio al doctor de dar toda la información necesaria para asegurar el pago de mis servicios recibidos. Autorizo el uso de esta firma en todas mis sumisiones del seguro.

Firma del asegurado/del guardian

Fecha

AUTORIZACIÓN DE MEDICARE

Pido que el pago de los servicios autorizadas por el Seguro Medicare estén hecho a mi nombre o al departamento de la salud del condado de Hardee para cualquier servicio que se me suministró de ese médico. Autorizo dar a cualquier sostenedor información médica sobre mí para a la administración del financiamiento del cuidado médico y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estas ventajas o las ventajas pagaderas a los servicios relacionados. Entiendo que mi firma pide que el pago esté hecho y que autoriza el lanzamiento de la información médica necesario pagar la demanda. Si el "otro seguro médico" se indica en el punto 9 de la forma HCFA-1500, o a otra parte en otras formas de demanda aprobadas o demandas electrónicamente presentadas, mi firma autoriza la liberación de la información al asegurador o a la agencia demostrada. En el Seguro de Medicare los casos asignados, el médico o el surtidor acuerdan aceptar la determinación del cobro del portador de Seguro de enfermedad como el cobro completa, y el paciente es responsable solamente del deducible, del co-seguro, y de los servicios no cubiertos. El co-seguro y el deducible se basan sobre la determinación de cobro del portador de Medicare.