

# Southern Nevada Foot & Ankle Center

Date \_\_\_\_\_

PATIENT NO. \_\_\_\_\_

## PATIENT INFORMATION – INFORMACION DE PACIENTE

<b>PATIENT INFORMATION</b>	PATIENT NAME (LAST, FIRST, MI) – NOMBRE DE PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, MI)				SSN – SEGURO SOCIAL
	HOME NUMBER – TELEFONO	SEX - SEXO	DOB – FECHA DE NACIMIENTO	AGE - EDAD	MARTIAL STATUS – ESTADO MATRIMONIAL
	ADDRESS – DIRECCION				APT/SPACE/UNIT#
	CITY – CIUDAD		STATE – ESTADO		ZIP – ZONA POSTAL
	PATIENT'S EMPLOYER – NOMBRE DEL EMPLEADOR		OCCUPATION – OCUPACION		
	EMPLOYER'S ADDRESS – DIRECCION DE EMPLEO				TELEPHONE – TELEFONO
	CITY – CIUDAD		STATE – ESTADO		ZIP – ZONA POSTAL
<b>ER</b>	NOTIFY IN CASE OF EMERGENCY/EMERGENCIA		PHONE – TELEFONO	RELATIONSHIP – RELACION	
	ADDRESS – DIRECCION		CITY - CIUDAD	STATE – ESTADO	ZIP – ZONA POSTAL

## RESPONSIBLE PARTY – PERSONA RESPONSABLE

<b>RESPONSIBLE PARTY</b>	GUARANTOR NAME (LAST, FIRST, MI) – PERSONA RESPONSABLE				SSN – SEGURO SOCIAL
	ADDRESS – DIRECCION				TELEPHONE – TELEFONO
	CITY – CIUDAD		STATE – ESTADO		ZIP – ZONA POSTAL
	GUARANTOR EMPLOYER – EMPLEADOR		OCCUPATION – OCUPACION		
	GUARANTOR EMPLOYER'S ADDRESS – DIRECCION DE EMPLEO				TELEPHONE – TELEFONO
	CITY – CIUDAD		STATE – ESTADO		ZIP – ZONA POSTAL
<b>ER</b>	REASON FOR VISIT – RAZON POR SU VISITA	REFERRING PHYSICIAN – DOCTOR DE REFERENCIA		HOW DID YOU HEAR ABOUT OUR OFFICE? COMO NOS ENCONTRO?	

## INSURANCE INFORMATION – ASEGURANZA INFORMACION

<b>PRIMARY INS</b>	PRIMARY INSURANCE CO – ASEGURANZA PRIMARIA			TELEPHONE – TELEFONO	
	ADDRESS – DIRECCION		CITY – CIUDAD	STATE – ESTADO	ZIP – ZONA POSTAL
	POLICY HOLDER'S NAME – NOMBRE DEL ASEGURADO		DOB – FECHA DE NACIMIENTO		SSN – SEGURO SOCIAL
	RELATIONSHIP TO PATIENT – RELACION CON EL PACIENTE		POLICY HOLDER'S EMPLOYER – NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL ASEGURO		
	POLICY NUMBER – NUMERO DE POLIZA		GROUP NUMBER – NUMERO DE GRUPO		EFFECTIVE DATE – FECHA DE EFECTO
<b>SECONDARY INS</b>	SECONDARY INSURANCE CO – ASEGURANZA SEGUNDARIA			TELEPHONE – TELEFONO	
	ADDRESS – DIRECCION		CITY – CIUDAD	STATE – ESTADO	ZIP – ZONA POSTAL
	POLICY HOLDER'S NAME – NOMBRE DEL ASEGURADO		DOB - FECHA DE NACIMIENTO		SSN – SEGURO SOCIAL
	RELATIONSHIP TO PATIENT – RELACION DEL PACIENTE		POLICY HOLDER'S EMPLOYER – NOMBRE DEL EMPLEADO ASEGURADO		
	POLICY NUMBER – NUMERO DE POLIZA		GROUP NUMBER – NUMERO DE GRUPO		EFFECTIVE DATE – FECHA DE EFECTO

The above information is complete and correct. I hereby authorize release of information necessary to file a claim with my insurance company and I assign benefits otherwise payable to me to the doctor or group indicated on the claim. I understand that I am financially responsible for all charges for medical services rendered regardless of insurance coverage. A copy of the signature is as valid as the original.

La informacion obtenida es completa y cortecta. Por este medio autorizo a hacer publica la informacion necesaria para hacer reclamos con mi aseguranza. Tambien asigno benefecios que de otra manera serian pagados a mi a que sean asignados a mi doctor o grupo indicado en el relamo. Yo entiendo de que soy responsable de los cargos relacionados a servicios medicos prestados independientemente de lo que cubra o no mi aseguranza. Una copia de la firma es tan valida como la firma original.

PATIENT SIGNATURE _____	DATE _____	GUARANTOR SIGNATURE _____	DATE _____
-------------------------	------------	---------------------------	------------