

**Linda L. Burk, M. D.**

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

La Sra. El Sr.  
El Dr.  
La Sra. Rev.

\_\_\_\_\_  
Primer Nombre MI Apellido

\_\_\_\_\_  
Dirección de su casa

\_\_\_\_\_  
Código postal Ciudad Estado

\_\_\_\_\_  
Seguro Social

\_\_\_\_\_  
DOB Edad Estado civil Sexo

\_\_\_\_\_  
Médico remitente

\_\_\_\_\_  
Médico de Referencia Número de teléfono

**INFORMACIÓN DE LA EMPRESA:**

\_\_\_\_\_  
Nombre de la empresa Ocupación

Que  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Código postal Ciudad Estado

**CÓNYUGE, EL PADRE O RESPONSABLE INFORMACIÓN:**

\_\_\_\_\_  
Primer Nombre MI Apellido Relación con paciente

\_\_\_\_\_  
Número de la Seguridad Social Departamento

\_\_\_\_\_  
DOB Edad Estado civil

\_\_\_\_\_  
Empleador Ocupación

**INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS: (Por favor incluya Medicare/Medicaid)**

Seguros primarios Comp \_\_\_\_\_  
# DE Seguro \_\_\_\_\_  
grupo de seguros # \_\_\_\_\_  
Titular con relación a Seguros \_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_  
Asegurado DOB \_\_\_\_\_

Seguro Secundario Comp \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ID# Seguro  
Seguro \_\_\_\_\_ Grupo #  
Relación con tenedor del seguro \_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurado  
Asegurado DOB \_\_\_\_\_

HMO, POS, EPO Participantes: tengo entendido que sin una autorización o remisión de mi compañía de seguros ME será responsable de todos los gastos que se realicen.

I autorizar la entrega de cualquier información médica necesaria para procesar esta reclamación o a otra especialidad médica para la atención y el tratamiento y AUTORIZAR EL PAGO DE LAS PRESTACIONES MÉDICAS A LOS ABAJO FIRMANTES MÉDICO PARA EL SERVICIO.

Firma del paciente o firma autorizada \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, PRESENTE LAS TARJETAS DE SEGURO Y LICENCIA DE LOS CONDUCTORES CON ESTA FORMA DE COPIAS**