



Mike S. Shin, M.D.  
Ear, Nose, and Throat  
Facial Plastic and Cosmetic Surgery

Fecha De Hoy \_\_\_\_\_

### **Informacion Del Paciente**

Apellido		Primer	Medio
Direccion		Ciudad/ Estado/ Zona Postal	
Telefono de Casa	Telefono Celular	Operador de telefonía celular	
Correo electrónico		Fecha de Nacimiento	Edad
Sexo	Estado	Preferencio language	
Raza		Origen étnico	
Seguro Social		Licencia de conducir numero	
Ocupacion	Teléfono del trabajo	Epleo del paciente	
Dirección del empleador		Ciudad/ Estado/ Zona Postal	
Pariente que podemos notificar en emergencia			
Referido por		Médico de Atención Primaria	

### **Información del Garante (persona responsable del pago de la cuenta)**

Nombre de la Persona Responsable		Relación con el Paciente	
Direccion		Ciudad/ Estado/ Zona Postal	
Telefono de Casa	Telefono Celular	Estado	
Epleo del paciente		Fecha de Nacimiento	
Direccion del empleador			

### **Insurance Information**

Compañía de Seguros de primaria		Nombre del titular de la póliza	
Fecha de Nacimiento		Relación con el Paciente	
Subscriber's ID#/ SSN		Group Number	
Compañía de Seguros de secundaria		Nombre del titular de la póliza	
Date of Birth		Relación con el Paciente	
Subscriber's ID#/ SSN		Group Number	

#### **Acuerdo financiero**

Por la presente autorizo al Dr. Mike S. Shin, MD de proveer a mi compañía de seguros con toda la información que solicitan acerca de mi enfermedad actual o lesión. Solicito que el pago de beneficios autorizados en mi nombre por los servicios prestados a mí por la parte que acepta la asignación. Yo entiendo que soy financieramente responsable de hacer los pagos del sistema a la cuenta del Dr. Mike S. Shin, MD, como las cuentas se presentan. Estoy de acuerdo en pagar los intereses al tipo legal que la cuenta en mora, y si se hace necesario que la cuenta que se hace referencia a un abogado para su cobro, que deberá pagar los honorarios del abogado y los gastos reales de colección. Yo entiendo que soy financieramente responsable de los gastos no cubiertos por esta asignación. También entiendo que la falta de pago por los servicios no cubiertos se traducirá en mi cuenta que se envían a los Kings Credit Services.

X

Firma Persona Responsable	Relación con el Paciente	Fecha
Se had presentado y entregado una copia de este aviso la practica de las politicas e privacidad, que detalla como mi informacion puede ser usada y divulgada segun lo permitido bajo la ley federal. Entiendo que el contenido de la notificacion, y con sujecion a las siguientes restricciones con respecto a mi informacion medica personal. Estoy de acuerdo con la informacion a revelar el nombre de la notificacion: la notificacion de practicas de privacidad de Mike S. Shin, M.D.		

X

Firma Persona Responsable	Relación con el Paciente	Fecha
---------------------------	--------------------------	-------