

# GASTROENTEROLOGIA AVANZADA DEL CONDADO DE BERGEN, P.A.

140 Sylvan Avenue, Suite 101A-101B  
Englewood Cliffs, New Jersey, 07632  
(201) 945-6564

(Por favor, usar letra imprenta)

## FORMA DE REGISTRACION

E-mail: \_\_\_\_\_

INFORMACION DEL PACIENTE						
Apellido del Paciente		Nombre		Inicial	Sr. Sra. Sra. Sta.	Estado Civil (marque uno): Soltero(a)/Casado(a)/Divorciado(a)/Separado(a)/Viudo(a)
Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	No. Seguro Social		Teléfono de Casa	
Dirección:					Teléfono Celular	
P.O. Box	Ciudad		Estado/Código Postal			
Ocupación		Nombre del Empleador			Teléfono del Empleador	
Dirección del empleador						
Nombre de Farmacia					Teléfono de Farmacia	
¿Tiene un plan de prescripción? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Miembros de familia que son pacientes aquí:				
Doctor Principal					Teléfono del Doctor Principal	
Doctor de Referencia (si es un diferente al Doctor Principal):						

INFORMACION DEL SEGURO				
(Por favor entregue su tarjeta de Seguro, referencia (si es necesaria), y su co-pago a la recepcionista)				
Persona responsable del pago:	Fecha de Nacimiento	Dirección (si es diferente):		Teléfono de Casa:
Ocupación	Nombre del Empleador		Teléfono del Empleador:	
Dirección del empleador				

SEGURO PRINCIPAL					
Nombre del Suscriptor	SS# del Suscriptor	Fecha de Nacimiento	Numero de Grupo	Numero de Póliza	Co-Pago
Relación del paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro					

SEGURO SECUNDARIO					
Nombre del Suscriptor	SS# del Suscriptor	Fecha de Nacimiento	Numero de Grupo	Numero de Póliza	Co-Pago
Relación del paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro					

EN CASO DE EMERGENCIA			
Nombre de un amigo o pariente local (que no vive en la misma dirección):	Relación con el paciente	Teléfono de Casa:	Teléfono del Empleador:

**CUOTA POR NO PRESENTARSE:** Se requiere una notificación de 24 horas si necesita cambiar o cancelar su cita. Se le cobrara una cuota de \$50 por cita de doctor si falla en notificarnos. Se le cobrara una cuota de \$150 por cita de endoscopia si falla en notificarnos.

**CO-PAGO:** Su co-pago debe ser pagado cuando llega a su cita. Si se le tiene que mandar un cobro por correo, es un gasto extra para la oficina. Se le cobrara una cuota de \$15 si Ud. no paga su co-pay completo en su visita.

**Pido que pago de beneficios autorizados de Medicare sean dados a mí o en mi nombre a SCHERL, CHESSLER, ZINGLER, SPINNELL & MEININGER, M.D., P.A. por los servicios rendidos a mi persona por el proveedor. Autorizo a cualquier poseedor de información medica sobre mí proveer a los Centros de Servicios Medicare y Medicaid y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios de pago por los servicios relacionados.**

Paciente / Guardián Nombre en imprenta	Fecha
Paciente / Guardián Firma	

**Pido que pago de beneficios autorizados de Medigap sean dados a mí o en mi nombre al proveedor de servicios por cualquiera de los servicios rendidos a mi persona por el proveedor. Autorizo a cualquier poseedor de información de Medicare sobre mí proveer a mi seguro de Medigap: cualquier información necesaria para determinar estos beneficios de pago por los servicios relacionados.**

Paciente / Guardián Nombre en imprenta	HIC#:
Paciente / Guardián Firma	Fecha

**La información provista es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo el pago directo de mis beneficios de seguro a el medico. Comprendo que soy financieramente responsable por cualquier balance. También autorizo a SCHERL, CHESSLER, ZINGLER, SPINNELL & MEININGER, M.D., P.A. o compañía de seguros que provean cualquier información requerida para procesar mi clamor. También comprendo que si no proveí la información de seguro correcta, soy responsable por el 100% de los balances a pagar.**

Paciente / Guardián Nombre en imprenta	Fecha
Paciente / Guardián Firma	