



Specializing in Adult & Pediatric
Ear, Nose, Throat & Allergy
Sinus Surgery Head & Neck Surgery

Staten Island
1414 Victory Boulevard,
Staten Island, N.Y. 10301

Bay Ridge, Brooklyn
250 86th Street
Brooklyn, N.Y. 11209

Phone: (718) 447-1261
Fax: (718) 981-1856
clovelakesent.com

Helen H. Kim, M.D.
Board Certified in Otolaryngology-
Head & Neck Surgery

Santa Upeniece PA-C

Letra de Imprenta

INFORMACION PARA EL PACIENTE (Todos los pacientes deben completar esta sección.)

Nombre del Paciente (Mr. Mrs. Ms. Etc) _____
Apellido, Nombre de pila, Inicial del segundo

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Numero de telefono _____ Telefono Celular _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Numero de seguro social _____

Género: M F Estado Civil: Solo Casado Divorciado Viudo Separado

Nombre del cónyuge _____ Fecha de nacimiento del cónyuge _____

Alergias _____

Nombre del padre (si el paciente es menor de edad) _____

Fecha de nacimiento de los padres _____ Numero de seguro social de los padres _____

Doctor en medicina primaria del paciente _____ # de teléfono del médico _____

Médico de la dirección _____

Médico remitente _____ # de teléfono del médico _____

Nombre del empleador _____ Trabajo número de teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Paciente ocupación _____

Anote todos los medicamentos actuales: _____

**** Ahora ofrecemos Botox, Restylane, y la terapia de láser cosmético ****

POR FAVOR COMPLETA TODA LA INFORMACIÓN DE SEGUROS EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Para los pacientes de Medicare sólo

Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare se hizo a mi o en mi nombre a Clove Lakes ENT, PC por cualquier servicio proporcionado por el médico que me / los médicos en la oficina mencionada. Autorizo a



Specializing in Adult & Pediatric
Ear, Nose, Throat & Allergy
Sinus Surgery Head & Neck Surgery

Staten Island
1414 Victory Boulevard,
Staten Island, N.Y. 10301

Bay Ridge, Brooklyn
250 86th Street
Brooklyn, N.Y. 11209

Phone: (718) 447-1261
Fax: (718) 981-1856
clovelakesent.com

cualquier poseedor de información médica sobre mí a comunicar a la Health Care Financing Administration y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios de fecha.

Firma del paciente _____ Fecha _____

----- INFORMACIÓN DEL SEGURO -----

Compañía de seguro primario _____ Seguro número de teléfono _____

Seguro Direccion _____

Titular de la póliza (Garante) _____ Relación con el garante _____

Garante de la fecha de nacimiento _____ S.S. Number _____ Employer _____

Número de póliza de seguro _____ Número de grupo _____

Compañía de seguros secundaria _____ Seguro número de teléfono _____

Seguro Direccion _____

Titular de la póliza _____ Garante de la fecha de nacimiento _____

Número de póliza de seguro _____ Número de grupo _____

(Todos los pacientes deben completar esta sección)

He leído y entendido la Política de privacidad exponen abiertamente en el Clove Lales ENT, PC.

Doy Clove Lakes ENT, el permiso para dejar mensajes, en lo que respecta a mi condición médica y los tiempos / o nombramiento, el teléfono de mi casa y el teléfono / o celular. → **Sí No**

Doy Clove Lakes ENT, el permiso para dejar mensajes, en lo que respecta a mi condición médica y los tiempos / o nombramiento, en mi lugar de empleo → **Sí No**

Doy Clove Lakes ENT, el permiso para hablar con los miembros de mi familia, en lo que respecta a mi condición médica. → **Sí No**

If Yes, to whom: _____
Listado de personas autorizadas para hablar de mi estado de salud

Entiendo y estoy de acuerdo en que, (independientemente de mi estado de seguros), yo soy responsable en última instancia por el saldo de mi cuenta por los servicios profesionales prestados por Clove Lakes ENT, PC.

Yo autorizo la entrega de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo.

Yo autorizo la liberación del pago de beneficios médicos a mi médico.

Firma del Paciente _____ **Fecha** _____