

ENID UROLOGY ASSOCIATES, INC

RODNEY L. WORTHEN, II, M.D.
JAMES R. COLVERT, III, M.D.
JARRETT D. KRUSKA

MADELYN KECK, A.R.N.P.

PATIENT LEGAL NAME _____ PHONE # _____
Nombre Legal _____ Numero de telefono # _____

HOME ADDRESS _____ CELL PHONE # _____
Domicilio de casa _____ Numero celular # _____

E-MAIL ADDRESS _____

CITY _____ STATE _____ ZIP _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

SOCIAL SECURITY # _____ BIRTHDATE _____ AGE _____ M OR F _____ MARITAL STATUS _____
Numero de social _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ H o M _____ Estado matrimonial _____

EMPLOYER & DEPT _____ WORK _____ Ext# _____
Empleador _____ Numero de trabajo _____

SPOUSE'S/PARENT NAME _____ EMPLOYED BY _____
Esposo o Esposa / Padre _____ Empleador _____

WORK # _____ SPOUSE'S SOCIAL SECURITY # _____
Numero de trabajo _____ Esposo o Esposa o Padre numero de social _____

FAMILY PHYSICIAN _____ REFERRED BY _____
Doctor familia _____ Quien la refirio _____

PHARMACY USED _____ PHONE # _____
Que farmacia prefiere _____ Numero de telefono # _____

EMERGENCY INFORMATION

WHO TO NOTIFY IN EMERGENCY: Quien le avisamos en caso de emergencia

NAME _____ RELATIONSHIP _____
Nombre _____ Relation con usted _____

ADDRESS _____ HOME PHONE # _____ WORK # _____
Domicilio _____ Numero de telefono # _____ Numero de trabajo _____

NEAREST RELATIVE NOT LIVING WITH YOU _____ PHONE # _____
Familia que vive más cerca de usted que no vive con usted _____ Numero de telefono # _____

BILLING AND INSURANCE INFORMATION

MUST HAVE THIS INFORMATION TO FILE YOUR INSURANCE FOR YOU

Tiene que tener esta informacion completa para poder cobrar- a tu seguro

PRIMARY INSURANCE CARRIER _____ POLICY _____
Portador primario de seguro _____ Número de póliza de seguros _____

GROUP # _____ GROUP NAME _____
Número de grupo de seguro _____ Nombre de grupo de seguro _____

POLICY HOLDER NAME _____ DOB _____ SS# _____
nombre de poseedor de póliza de seguros _____ Fecha de nacimiento _____ Numero de social _____

POLICY HOLDER'S PLACE OF EMPLOYMENT _____
lugar del poseedor de la póliza de seguros del empleo _____

SECONDARY INSURANCE CARRIER _____
Portador secundario de seguro _____

POLICY # _____ GROUP # _____
Número de póliza de seguros _____ Numero de grupo de seguro _____

IF YOU DO NOT HAVE INSURANCE WITH ONE OF THE INSURANCE COMPANIES LISTED ON THE BACK, YOU WILL BE REQUIRED TO PAY YOUR BILL IN FULL AT THE TIME SERVICE IS RENDERED. IF YOU ARE A PART OF ONE OF THE MANAGED CARE INSURANCE GROUPS LISTED ON THE BACK, YOU WILL BE REQUIRED TO PAY YOUR COPAY AND/OR DEDUCTIBLE AT THE TIME SERVICE IS RENDERED.

Si no tiene seguro con una de las companias atra's de esta hoja

Tiene que pagar la cita en total a el tiempo de servicio. Usted es responsable de pagar la parte que le coresponde. De acuerdo a su asecuranza.

PLEASE TURN THIS PAGE OVER AND READ AND SIGN REVERSE SIDE/ Por favor vea al reverse y firme