9075 Sandidge Center Cove
Rama de olivo, MS 38654
TEL: (662) 895-4949 FX: (662) 895-6776
www.obfmc.com

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre del paciente: _____
Seguro Social # _____
Teléfono de casa: _____
Dirección: _____

Empleador:
_____Employer_____
_____

Nombre de contacto de emergencia: _____

INFORMACIÓN DEL TUTOR/CÓNYUGE

Nombre del tutor/cónyuge: _____Cell Teléfono:
_____
Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____

SEGURO PRIMARIO

Debe tener el número de seguro social para el titular de la póliza.

Nombre de la Compañía de Seguros:
_____City_____
_____DOB_____

SEGURO SECUNDARIO

Debe tener el número de seguro social para el titular de la póliza.

Nombre de la Compañía de Seguros:
_____City_____
_____DOB_____

Entiendo que **Olive Branch Family Medical Center** no es un proveedor de MS Medicaid o TennCare. Por la presente, asigno todos los beneficios médicos y / o quirúrgicos para incluir los beneficios médicos mayores a los que tengo derecho, incluidos todos los seguros privados y otros planes de salud a OBFMC, esta asignación permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Una fotocopia de esta asignación debe considerarse tan válida como el original. Por la presente, autorizo al cesionario a divulgar toda la información para asegurar el pago. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea pagados por el seguro. Acepto pagar intereses sobre cualquier saldo de cuenta mensual vencido. Si mi cuenta se coloca en una agencia de cobranza o se remite a un abogado con el fin de buscar reparación judicial, acepto pagar todos los costos de cobro, los honorarios razonables de abogados, los gastos, todos los costos de la corte, más los intereses previos y posteriores al juicio en cualquier sentencia. LOS PAGOS VENCEN EN EL MOMENTO DEL SERVICIO.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____