

ADULT'S BILLING INFORMATION FORM
 Información de Facturación de Adultos
(Note: This form will need to be updated each year.)
 (Nota: Esta forma necesitará para ser actualizada cada año.)

Patient's Full Name: _____ (_____)
 Nombre completo del paciente: FIRST MIDDLE LAST NAME KNOWN BY/Nombre conocido por

Age: _____ Birth date: _____ / _____ / _____
 Edad: _____ Fecha de nacimiento: MO/Mes DAY/Día YEAR/Año

Social Security #: _____ Driver's License #: _____ State: _____
 Número de Seguro Social: Licencia de Conducir: Estado:

Your home address: _____ Apt #: _____
 Su dirección de su casa: Apartamento:

City: _____ State: _____ Zip Code: _____ Country: _____
 Ciudad: Estado: Código postal: País:

Home (_____) Work (_____) Cell (_____)
 Teléfono inicio Teléfono trabajo Teléfono celular

Employer: _____ Occupation: _____
 Empleador: Ocupación:

Employer's address: _____ Suite #: _____
 La dirección de su empleador: Número de serie:

City: _____ State: _____ Zip Code: _____ Country: _____
 Ciudad: Estado: Código postal: País:

(Please hand our receptionist your driver's license and your health insurance card(s) for us to copy, even if we are out of your network. If you need any tests or surgeries, we will need this information in order to help you schedule outside facilities.)
 (Dé por favor a nuestro recepcionista su licencia de manejar y su tarjeta de seguro de enfermedad (tarjetas) para la copiamos, incluso si seamos fuera de su red. Si usted necesita cualquier prueba o cirugías, necesitamos esta información para ayudarle a programar las instalaciones exteriores.)

Spouse's Full Name: _____ (_____)
 Nombre y apellidos de esposo: FIRST MIDDLE LAST NAME KNOWN BY/Nombre conocido por

Birth date: _____ Social Security Number: _____
 Fecha de nacimiento: MO/Mes DAY/Día YEAR/Año Número de Seguro Social:

Work (_____) x _____ Cell (_____)
 Teléfono trabajo Teléfono celular

Employer: _____ Occupation: _____
 Empleador: Ocupación:

Employer's address: _____ Suite #: _____
 La dirección de su empleador: Número de serie:

City: _____ State: _____ Zip Code: _____ Country: _____
 Ciudad: Estado: Código postal: País:

NAME of nearest relative who does NOT live with you: _____
 NOMBRE del pariente más cercano, que no vive con usted:

Relationship: _____ Phone Number:(_____) _____
 Relación: Teléfono:

Relative's address: _____ Apt #: _____
 La dirección de su pariente: Apartamento:

City: _____ State: _____ Zip Code: _____ Country: _____
 Ciudad: Estado: Código postal: País:

Patient's Full Name: _____
Nombre completo del paciente : FIRST MIDDLE LAST

ASSIGNMENT OF BENEFITS, DISCLOSURE AUTHORIZATION, & PAYMENT ACKNOWLEDGEMENT

TAREA DE BENEFICIOS, AUTORIZACION de REVELACION, & RECONOCIMIENTO de PAGO

I HEREBY authorize any insurance company to pay Thomas J. Parr, MD, PA the proceeds of any benefits due me.
Yo autorizo cualquier compañía de seguros para pagar al Dr. Thomas J. Parr, MD el dinero de las ventajas debido a mí.

In case of an excessive delay in processing my insurance claim, I authorize Thomas J. Parr, MD, PA to advise the State Department of Insurance on my behalf.

En el caso de un excesivo retraso en la tramitación de mi solicitud de seguro, yo autorizo a Thomas J. Parr, MD, PA para asesorar al Departamento de Seguros del Estado en mi nombre.

I further acknowledge that I am responsible for the prompt payment of any charges owed to Thomas J. Parr, MD, PA that are not covered by insurance payments, including payment of interest at the statutory rate prescribed by the State of Texas on all balances unpaid after sixty (60) days.

Además reconozco que soy responsable por el pago puntual de todos los gastos debidos a Thomas J. Parr, MD, PA que no están cubiertos por los pagos de seguros, incluido el pago de intereses al tipo legal establecido por el Estado de Texas sobre los saldos pendientes de pago después de sesenta (60) días.

I further authorize my insurance company to obtain any information which may be necessary to determine benefits payable under any insurance policy on which I am covered.

Así mismo, autorizo a mi compañía de seguros para obtener cualquier información que pueda ser necesaria para determinar los beneficios pagaderos bajo cualquier póliza de seguro en el que yo estoy cubierto.

A photocopy of this form may be considered as an original for insurance purposes.

Una fotocopia de esta forma puede ser considerado como un original para el seguro.

Signature: _____ Date: _____
Firma: Fecha: