

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 Male: _____ Female: _____
Masculino Femenino

Race: _____ Ethnicity: _____ Religion Preference: _____
Raza: Étnico: Religión preferencia:

Language: _____ Interpreter Needed: Yes: ___ No: ___ Email: _____
Idioma: Intérprete necesario: Sí: No: Correo electrónico:

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:

Employment Status: Full-Time: _____ Part-Time: _____ Unemployed: _____ Student: _____ Retired: _____
Estado del empleo: Tiempo completo: A tiempo parcial: Desempleados: Estudiante: Retirado:

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:

Your Pharmacy: _____ Pharmacy Phone Number: (_____) _____
Su farmacia: Número de teléfono de farmacia:

How did you hear about us? _____
¿Cómo se enteró de nosotros

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

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

PAGE 2

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

PRIMARY INSURANCE: _____
Seguro primario:

Subscriber's Name: _____
Seguro primario:

Birth Date: _____
Fecha de nacimiento:

Subscriber's SSN: _____
Seguro primario:

Group: _____
Grupo:

Policy #: _____
Número de póliza:

Patient's relationship to subscriber: _____
Relación del paciente con el suscriptor:

Co-payment: \$ _____
Co-pago:

SECONDARY INSURANCE: _____
Seguro secundario:

Subscriber's Name: _____
Seguro secundario:

Birth Date: _____
Fecha de nacimiento:

Subscriber's SSN: _____
Seguro secundario:

Group: _____
Grupo:

Policy #: _____
Número de póliza:

Patient's relationship to subscriber: _____
Relación del paciente con el suscriptor:

(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.)

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:

PAGE 3

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

ASSIGNMENT OF BENEFITS, DISCLOSURE AUTHORIZATION, & PAYMENT ACKNOWLEDGEMENT
TAREA DE BENEFICIOS, AUTORIZACION de REVELACION, & RECONOCIMIENTO de PAGO

I HEREBY authorize and assign any insurance company to pay Baylor St. Luke's Medical Group Sugar Land the proceeds of any benefits due me.

Yo autorizo y asigno a cualquier compañía de seguros para pagar al Baylor St. Luke's Medical Group Sugar Land el dinero de las ventajas debido a mí.

In case of an excessive delay in processing my insurance claim, Baylor St. Luke's Medical Group Sugar Land or its agents 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 Baylor St. Luke's Medical Group Sugar Land o sus agentes 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 Baylor St. Luke's Medical Group Sugar Land 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 Baylor St. Luke's Medical Group Sugar Land 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.

I give permission to the Baylor St. Luke's Medical Group Sugar Land and their orthopedic surgeons Thomas J. Parr, M.D. and Michael C. Maier, M.D. to obtain all my medication and prescription history when using an electronic system to process prescriptions for my medication treatment.

Doy permiso al grupo médico Baylor de San Lucas Sugar Land y a sus cirujanos ortopédicos, Thomas J. Parr, M.D. y Michael C. Maier, M.D., para obtener todos mis medicamentos y el historial de prescripción al usar un sistema electrónico para procesar recetas para mi tratamiento médico.

I acknowledge receipt for the Notice of Privacy Policies and Practices of this clinic.

Acuso recibo por el aviso de políticas de privacidad y prácticas de esta clínica.

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: _____