

Formulario de Solicitud Web para Pacientes Nuevos de la AIBH
(Paciente Complete SOLAMENTE las Secciones con *)

* Fecha de solicitud del paciente _____ Solicitud recuperada por _____
* Paciente referido por _____ * Razón de la visita _____
* Paciente clínico solicitado _____ Clínico asignado por el personal _____
Clínico aceptado por el paciente Si No *Firma del médico* _____
* Apellido del paciente _____ * Nombre del paciente _____
* Habla a _____
* Ciudad _____ * Estado _____ * Código Postal _____
* Hogar # _____ * Célula # _____ * Oficina # _____
* Fecha de nacimiento _____ * Dirección de correo electrónico _____
Fecha de nombramiento _____ *Programado por* _____
* Seguro primario _____ * ID # _____
* Fecha de nacimiento del titular de la póliza _____ * Número de grupo _____
* Teléfono del seguro # _____ * Fecha de vigencia de la póliza _____
* Nombre del titular de la póliza _____ * Relación _____
* Dirección de reclamación _____ * Ins. pagador ID _____
Copago _____ *Visitas por año* _____ *Autorización requerida* Si No
Fechas de vigencia de la autorización _____
Código CPT / Códigos _____
Número de visitas _____ *Numero de autorización* _____
NÚMERO DE REFERENCIA _____ *Miembro del equipo* _____
* Seguro Secundario _____ * ID # _____
* Fecha de nacimiento del titular de la póliza _____ * Número de grupo _____
* Teléfono del seguro # _____ * Fecha de vigencia de la póliza _____
* Nombre del titular de la póliza _____ * Relación _____
* Dirección de reclamación _____ * ID del pagador de su seguro _____
Copago _____ *Visitas por año* _____ *Autorización requerida* Si No
Fechas de vigencia de la autorización _____
Código CPT / Códigos _____
Número de visitas _____ *Numero de autorización* _____