

KIM GRAFTON, MD

536 E. Arrellaga St. Ste.201 Santa Barbara, CA 93105

Nombre del Paciente _____ Numero de Tel # () _____
 Domicilio _____ Numero de Trabajo# () _____
 Ciudad _____ Estado _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
 Codigo Postal _____ Sexo (M/F) _____ Seguro Social# _____
 Empleador _____ Ocupacion _____
 Numero de Licencia # _____ Correo Electronico _____
 Nombre de Pareja _____ Fecha de Nacimiento _____ Estado Civil _____
 Doctor que la Referio _____

PERSONA RESPONSABLE DE PAGO

Domicilio _____ Numero de Tel: _____
 Empleador _____ Seguro Social # _____
 Ocupacion _____ Numero de Trabajo# _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre _____ NumeroTel# _____
 Domicillo _____

Pago Enefectivo Aseguransa Privada Medicare Medi-Cal Work-comp
 Es Relacionado al Trabajo? _____ Fecha de Accidente _____ Empleador _____

Aseguransa Primaria _____ Nombre de Asegurado _____
 Domicillo de Aseguransa: _____ Telefono de Aseguransa # _____
 Numero de Polisa# _____ Numero de Identificacion# _____ Fecha de Nacimiento _____
 Empleador _____ Relacion con el Paciente _____

Aseguransa Secundaria _____ Nombre de Asegurado _____
 Domicillo de Aseguransa: _____ Telephono de Aseguransa# _____
 Numero de Polisa # _____ Numero de Identificacion # _____ Fecha de Nacimiento _____
 Empleador _____ Relacion con el Paccinte _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Nosotros mandaremos los cobros a su aseguransa, pero usted es responsable por su co-pays, el deductible y todos servicios que la aseguransa no cobra. Co-pays se paga el dia del la visita. Los patients son responsable financieramente por lo que la aseguransa no page, no importa el estado de elegibilidad bajo la aseguransa. Se cobra \$15.00 por cada cheque que no tenga fondos.

AUTORIZACION PARA EL LANZAMIENTO DE EXPEDIENTES MEDICOS

Su firma autoriza el lanzamiento de expedientes medicos a su aseguransa.
 Su firma verifica que a leído y acepta todas las condiciones.

Firma _____ Fecha _____