



**BELLOWS
HEARING
INSTITUTE**
COMPREHENSIVE AUDIOLOGY SERVICES



74-075 El Paseo, Suite A4 • Palm Desert, CA 92260 • (760) 340-6494 • Fax (760) 568-1235

PATIENT REGISTRATION FORM / INFORMACIÓN DE PACIENTE

Name (nombre) _____ Today's Date (fecha) _____
 Last First Initial

Address (domicilio) _____ Street City State Zip

Mailing Address if different (domicilio de correo) _____

Birthdate (fecha de nacimiento) _____ Age (edad) _____ Sex Male (masculino) Female (femenino) Marital Status (estado civil) S M W D

Occupation (ocupación) _____ Employer (empresario) _____ Bus. Phone (teléfono de empresario) _____

Home Phone (teléfono de casa) _____ Cellular (teléfono de celular) _____ e-mail (correo electrónico) _____

SPOUSE/RESPONSIBLE PARTY INFORMATION / INFORMACIÓN DE PARTE DE SU CÓNYUGE/RESPONSABLE

Responsible Party/Parent Name (nombre de grupo/padre responsable) _____ Relationship (relación) _____

Birthdate (fecha de nacimiento) _____ Marital Status (estado civil) S M W D

Occupation (ocupación) _____ Employer (empresario) _____ Bus. Phone (teléfono de empresario) _____

Spouse's Full Name (nombre de cónyuge) _____ Birthdate (fecha de nacimiento) _____

Home Phone (teléfono de casa) _____ Bus. Phone (teléfono de empresario) _____

Occupation (ocupación) _____ Employer (empresario) _____ Employer's Address (domicilio de empresario) _____

INSURANCE INFORMATION / INFORMACIÓN DE SEGUROS

Your insurance is a method for you to receive reimbursement for fees you have paid to the professional for services rendered. Having insurance is not a substitute for payment. Many companies have fixed allowances or percentages based on your contract with them, not with our office. It is your responsibility to pay deductible, co-insurance, and any other balance not paid for by your insurance. We will assist you in receiving reimbursement as much as possible, but you are responsible for your bill.

(Su seguro es un método para recibir el reembolso de las tarifas que usted ha pagado al profesional por servicios prestados. Tener seguro no es un sustituto para el pago. Muchas empresas han fijado las indemnizaciones o porcentajes según su contrato con ellos, no con nuestra Oficina. Es su responsabilidad de pagar el deducible, coaseguro y cualquier otro saldo no pagado por su seguro. Lo ayudaremos en recibir el reembolso en la medida de lo posible, pero usted es responsable de su factura.)

**PLEASE PRESENT INSURANCE CARD FOR PHOTOCOPY
POR FAVOR PRESENTE LA TARJETA DE SEGURO PARA FOTOCOPIA**

OTHER INFORMATION / OTRO INFORMACIÓN

Nearest Relative not Living with you (más cercano relativa no vivir con usted) _____ Relationship (relación) _____ Phone (teléfono) _____

Referred to this Office by (se refiere a esta oficina por) _____ Primary Physician (medico primer) _____

**YOUR SIGNATURE IS NECESSARY FOR US TO PROCESS ANY INSURANCE CLAIM AND TO ENSURE PAYMENT FOR SERVICES RENDERED
(SU EN FIRMAS NECESARIA PARA PODER PROCESAR CUALQUIER RECLAMACIÓN DE SEGURO Y PARA GARANTIZAR EL PAGO POR SERVICIOS PRESTADOS)**

I authorize the release of all medical information necessary to process this claim and that is pertinent to my care. I assign all medical and/or surgical benefits, including major medical benefits to which I am entitled, to Bellows Hearing Institute. This assignment will remain in effect until revoked by me in writing. A photocopy of this assignment is to be considered as valid as the original.

(Autorizo a la liberación de toda la información médica necesaria para procesar esta solicitud y que es pertinente a mi atención. Asigno todo médico o quirúrgico de los beneficios, incluidos los beneficios médicos de importancia a la que estoy da derecho, al Instituto de la audiencia de realismo. Esta asignación permanecerán en vigor hasta que revocado por mí por escrito. Se considerará como válido que el original tiene una fotocopia de este trabajo.)

I AGREE TO BE FINANCIALLY RESPONSIBLE FOR ALL CHARGES. I HAVE READ THIS INFORMATION AND UNDERSTAND IT.
(ESTOY DE ACUERDO A SER RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS DE FINANCIALLY. HE LEÍDO ESTA INFORMACIÓN Y ENTENDERLO.)