

TEXOMA ENT & ALLERGY/TEXOMA HEARING INSTITUTE

Barry B. Prestridge, M.D., Cameron D. Godfrey, M.D.
Jerry E. Giles, M.D., Jed J. Grisel, M.D., Melanie Lerew, M.D.,
Tammie Franklin, FNP-BC, Jennifer Renner, NP-C.
1 Burnside Drive, Wichita Falls TX 76310
Telephone No: (940) 322-6953

NOTE: To avoid a \$25.00 cancellation fee, please give us 24 hours advanced notice when cancelling appointments.

PERSONAL INFORMATION

Today's Date : _____ **Patient's SSN:** _____
(Fecha de hoy) (numero de seguro social del paciente)

(PATIENT/PACIENTE)
First Name: _____ **MI:** _____ **Last Name:** _____
 (primera nombre / inicial del segunda / pasado nombre)

Address: _____
(Direccion)

Zip Code: _____ **City:** _____ **State:** _____
 (Codigo Postal Cuidad Estado)

Date of Birth: ___/___/___ **Age:** _____ **Gender:** _____ **Marital Status:** _____
 (Fecha de nacimiento (edad) (genero) (estado civil)

Height (Altura): _____

Minor Patients: Name of Parent/Guardian: _____
 Pacientes Menores: Nombre del padre

(Estudiante a tiempo completo) Full Time Student? Yes No

Preferred Language: _____ **Are you Hispanic/Latino (ethnicity)?** Yes No
 (idioma preferido) (es usted hispano/latino)

Race: African/American Asian White other (list) _____
 (Carrera: Afro/Americanos) (Asia) (Blanco) (Otros)

May we leave information on your answering machine, e-mail, or voicemail? Yes No

Home phone number (numero de telefono de casa): (_____) _____
 Cell Number (numero de celulas): (_____) _____

Work number (numero de trabajo): (_____) _____
 Employer (empleadore): _____

In the event of an emergency, please contact (contacto de emergencia):

NAME (nombre): _____

RELATIONSHIP (relacion): _____

Phone Number (numero de telefono): (_____) _____

Referring Physician's Name: _____ **Phone No:** (_____) _____
 (Nombre del medico) (numero de telefono)

Family Physician/PCP: _____ **Phone No:** (_____) _____
 (Medico de familia) (numero de telefono)

REASON FOR YOUR VISIT (motive de su visita): _____

TEXOMA ENT & ALLERGY / TEXOMA HEARING INSTITUTE

1 Burnside Drive, Wichita Falls TX 76310

INSURANCE INFORMATION

(informacion sobre el seguro)

Please present your insurance card(s) to the receptionist for her to scan.

Please give complete information:

NAME OF PATIENT: _____ Date of Birth: _____
(nombre del paciente) (fecha de nacimiento)

PRIMARY INSURANCE (seguro primario)

INSURANCE CO: _____ Policyholder's Name: _____
(compania de seguros) (nombre del titular de la politica)

PATIENT'S relationship to policyholder: Self, Spouse, Child, Other
(relacion con el tomador: (del uno mismo) (esposa) (nino) (otros))

Policy Number: _____ Group Number: _____
(numero de poliza) (numero de grupo)

Employer: _____
(empleadores)

Policyholder's SSN: _____ Date of Birth: _____
(secu social asegurado) (fecha de nacimiento)

SECONDARY INSURANCE (seguro secundario)

INSURANCE CO: _____ Policyholder's Name: _____
(compania de seguros) (nombre del titular de la politica)

PATIENT'S relationship to policyholder: Self, Spouse, Child, Other
(relacion con el tomador: (del uno mismo) (esposa) (nino) (otros))

Policy Number: _____ Group Number: _____
(numero de poliza) (numero de grupo)

Employer: _____
(empleadores)

Policyholder's SSN: _____ Date of Birth: _____
(secu social asegurado) (fecha de nacimiento)

The parent/guardian accompanying a child will be responsible for all charges (el padre/tutor que acompaña al niño será responsable de todos los cargos).

I have read and understand the above information and agree that I am responsible for payment of services I receive (He leído y entiendo la informacion anterior y acepta que yo soy responsable del pago de servicios:

PATIENT/Guardian Signature (firma): _____ **Date (fecha):** _____

***Health Ins. Portability & Accountability Act: Please list family member(s)/friend to whom we may release medical information (Alguien para dar informacion medica a):**

TEXOMA ENT & ALLERGY/TEXOMA HEARING INSTITUTE

Póliza de Seguro: Nosotros participamos con la mayoría de planes de seguro. El conocimiento de los beneficios y elegibilidad de tu compañía de seguros es responsabilidad del paciente. Cualquier balance después de que se haya procesado el pago con su compañía de seguro será responsabilidad del paciente. Todos los pagos y deducibles de cada visita a la oficina del doctor tienen que ser pagados en ese mismo momento. Por favor este consciente que NO todos los servicios que ofrecemos están cubiertos por su compañía de seguros. Los servicios que no están cubiertos por su compañía de seguro son considerados responsabilidad del paciente. YO autorizo a TEXOMA ENT & ALLERGY/TEXOMA HEARING INSTITUTE para iniciar un reclamo a mi compañía de seguro en mi nombre.

Póliza de Pagos: Todos los balances son pagaderos cuando usted reciba su estado de cuenta, debido al alto costo de la medicina, nosotros debemos de agilizar el proceso de pagos. Por esa razón, usted recibirá dos estados de cuenta, si no se recibe ningún pago su cuenta será enviada a una agencia de colección.

Formas: Si alguna forma especial necesita ser llenada, habrá un cargo de \$30 los cuales deberán ser pagados antes de que la forma se llene (i.e. FMLA).

Divulgación de Información: YO autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar un reclamo. YO autorizo la divulgación de cualquier beneficio médico directamente al Doctor aquí mencionado. YO autorizo a esta oficina médica proveer información pertinente a mi condición médica, incluida pero sin límite a cualquier diagnóstico, tratamiento ofrecido o aplicado hacia mi en lo que respecta hacia cualquier referencia, hospitalización y/o pruebas futuras. YO me comprometo a NO mantener a TEXOMA ENT & ALLERGY/TEXOMA HEARING INSTITUTE, sus agentes y/o empleados responsables por cualquier resultado NO favorable como resultado de la divulgación de esta información.

HIPAA: YO he leído y entiendo la póliza HIPAA para esta oficina médica y he enlistado a las personas apropiadas a las cuales les he dado mi permiso para tener acceso a mi información.

En Caso de Ausencia: Solicitamos una notificación de 24 horas de anticipación para cancelar una cita. Tal vez haya un cargo de \$25 para citas que sean consideradas ausencias.

He leído, revisado y entendido lo anterior.

Firma: _____

Fecha: _____