



ERICK H. ALAYO, M.D.

www.gastrosb.com

DIPLOMATE IN INTERNAL MEDICINE AND GASTROENTEROLOGY
GASTROINTESTINAL AND LIVER DISEASE • DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ENDOSCOPY

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido:		Nombre:	
Fecha de Nacimiento:	[] Masculino	[] Femenino	SSN:
Dirección:	Raza:		<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano
Ciudad:	<input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> Asiatico
Estado:	Codigo Postal	<input type="checkbox"/> Indio Americano de Alazka	
Correo Electrónico:		<input type="checkbox"/> Me niego a contestar	
Podemos enviarle información de las citas [] Yes [] No		Etnia:	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino
		<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	
		Idioma de preferencia	<input type="checkbox"/> Español
		<input type="checkbox"/> Ingles	
Teléfono de Casa:		Empleador:	
Teléfono Celular :		Teléfono de Trabajo:	
Contacto de Emergencia :			
Nombre :		Parentesco :	Número de Teléfono :
Doctor que Refiere :		Doctor Primario :	
Apellido:	Nombre:	Apellido:	Nombre:

INFORMACION DE DEL SEGURO MEDICO

Asegurancia Primaria:		Asegurancia Secundaria:	
Persona Asegurada:		Persona Asegurada:	
Fecha de Nacimiento:	SSN:	Fecha de Nacimiento:	SSN:
Pacientes de seguro Tricare, escriba el Numero de Seguro Social del Patrocinador:			

AUTORIZACION DEL SEGURO MEDICO

Yo autorizo a Erick H. Alayo Medical Corporation para que traten al paciente arriba mencionado. Yo autorizo pago directo a los médicos mencionados anteriormente en relación a la cantidad adeudada por servicios pagables bajo mi seguro médico. Yo estoy de acuerdo en pagar cualquier balance no cubierto por mi seguro médico si mi asegurancia decide que es mi responsabilidad. Yo también autorizo a cualquier médico, hospital o clínica a que sedan detalles completos de mi o de mi historia clínica y tratamiento a los médicos arriba mencionados.

FIRMA:	FECHA DE FIRMA
--------	----------------

Relación con el paciente (si el paciente no firmo) _____ Documentos Recibidos

ERCP Diagnóstico y Terapéutico
Ablación de Esófago

Ultrasonido Endoscópico
Endoscopia Alta y Baja

Ligadura de Hemorroides
Prueba de Hidrógeno del Aliento