



Cross Island Medical Center

**Phone: 843-681-8260
Fax: 843-342-6210
157 William Hilton Parkway
Hilton Head Island, SC 29926**

Informacion Del Paciente

Nombre _____ Numero De Seguro Social _____
Primer Nombre Apellido

Direccion _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal _____

Numero De Telefono: CASA _____ Celular _____

Sexo M F Fecha De Nacimiento ____/____/____

Empleador Del Paciente _____

Direccion Del Empleador _____

Ocupacion _____ Telefono Del Trabajo _____

Nombre Del Esposo(A) _____ Numero De Seguro Social _____

Empleador Del Esposo(A) _____ Telefono Del Trabajo _____

Informacion De Facturar Y Seguro Medico

Persona Responsable _____ Relacion De Paciente _____

Numero De Seguro Social _____ Redcha De Nacimiento ____/____/____

Nombre De Seguro Medico Primario _____

Nombre Del Suscrito _____ Contrato _____ Grupo # _____

Nombre De Seguro Medico Secundario _____

Nombre Del Suscrito _____ Contrato _____ Grupo # _____

Informacion Para Cuando La Visita Se Termina

Visite por favor al recepcionista antes de salir la oficina. El pago para servicios de la oficina es debido en el dia del servicio. Como parte de nuestro servicio nosotros nos someteremos sus reclamos del seguro.

Firma De Paciente/Guardian Fecha

Liberacion De Informacion Y Declaracion De Beneficios

Autorizo la liberacion de informacion medica necesaria para procesar mi seguro para los servicios rendidos. Asigno todos los beneficios medicos directamente a Cross Island Medical Center. Autorizo el uso de mi firma en todas sumisiones del seguro. Entiendo y consuerdo a todo dijo los terminos y las condiciones.

Firma De Paciente/Guardian Fecha