

**Arturo Quintanilla M.D.**

35900 BOB HOPE DR #140  
RANCHO MIRAGE, CA 92270  
760-770-0000

**FECHA** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE PACIENTE** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_

SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_ NINO \_\_\_\_\_ NINA \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PADRE** \_\_\_\_\_ **SEGURO SOCIAL** \_\_\_\_\_

EMPLEADO POR \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ LICENCIA DE CONDUCIR \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE LA MADRE** \_\_\_\_\_ **SEGURO SOCIAL** \_\_\_\_\_

EMPLEADO POR \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ LICENCIA DE CONDUCIR \_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA** \_\_\_\_\_

TELEFONO DE CASA \_\_\_\_\_ DE TRABAJO \_\_\_\_\_

RELACION \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE ASEGURANZA** \_\_\_\_\_

EL ASEGURADO \_\_\_\_\_

SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

DOMICILIO DE ASEGURANZA \_\_\_\_\_

NUMERO DEL GRUPO \_\_\_\_\_ RELACION AL PACIENTE \_\_\_\_\_

Por este medio, yo asigno todos los beneficios medicos o quirúrgicos que mi aseguranza determine para Arturo Quintanilla, MD por servicios medicos prestados por su persona. Yo comprendo que soy responsable financieramente por todos los costos medicos, ya sea que esten cubiertos o no por mi aseguranza. Tambien autorizo al asignado para utilizar toda la informacion mía necesaria para obtener sus pagos. Si se vuelve necesaria una acción de "Collections" para coleccionar al saldo pendiente, yo me responsabilizo por los costos de coleccion y/o gastos de abogado.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_