

TOM M. BUI, MD
11180 WARNER AVE., SUITE 459
FOUNTAIN VALLEY, CA 92708
(714) 454-1133

PATIENT INFORMATION
(Información Del Paciente)

DATE _____ [CASH, INSURANCE, MEDICARE, MEDI-CAL, CAL-OPTIMA] _____
(Fecha) (Efectivo) (Seguro)

PATIENT'S NAME _____ SOCIAL SECURITY # _____
(Nombre Del Paciente) LAST (Apellido) FIRST (Primer) MIDDLE (Segundo) (# De Seguro Social)

HOME ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP CODE _____
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

HOME PHONE _____ WORK PHONE _____
(Teléfono De Casa) (Teléfono De Trabajo)

(M)ALE/(F)EMALE _____ DATE OF BIRTH _____ AGE _____ MARITAL STATUS _____
(Hombre/Mujer) (Fecha De Nacimiento) (Edad) (Estado Marital)

OCCUPATION _____ EMPLOYED BY _____
(Ocupación) (Empleo)

SPOUSE/PARENT'S NAME _____ SOCIAL SECURITY # _____
(Nombre De Esposo/-a/Padre) LAST (Apellido) FIRST (Primer) MIDDLE (Segundo) (# De Seguro Social)

DATE OF BIRTH _____ OCCUPATION _____ WORK PHONE _____
(Fecha De Nacimiento) (Ocupación) (Teléfono De Trabajo)

EMERGENCY CONTACT _____ RELATIONSHIP _____ PHONE _____
(Contacto De Emergencia) (Relación) (Teléfono)

FAMILY PHYSICIAN/PEDIATRICIAN/REFERRING PHYSICIAN _____ PHONE _____
(Doctor De Familia/Pediatra/Doctor Que Lo Refirio) (Teléfono)

IF SOMEONE OTHER THAN PATIENT IS RESPONSIBLE FOR PAYMENT, PLEASE COMPLETE THIS SECTION
(Si alguien aparte del paciente es responsable por el pago, por favor complete ésta sección)

SUBSCRIBER'S NAME _____ RELATIONSHIP TO PATIENT _____
(Nombre Del Subscriptor) LAST (Apellido) FIRST (Primer) MIDDLE INITIAL (Segundo Inicial) (Relacion Con El/La Paciente)

SUBSCRIBER'S ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP CODE _____
(Dirección Del Subscriptor) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

HOME PHONE _____ WORK PHONE _____ SOCIAL SECURITY # _____
(Teléfono De Casa) (Teléfono De Trabajo) (# De Seguro Social)

PLEASE READ CAREFULLY AND SIGN IT THEN RETURN THE FORM TO RECEPTIONIST
(Por favor lea con cuidado y firme, después devuelva el formulario a la recepcionista)

I, the undersigned, have insurance coverage with _____ hereby authorize payment directly to Dr. TAM (TOM) MINH BUI, M.D. all surgical and/or medical benefits, if any, otherwise payable to me for services rendered. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance. I agree to pay for any services not covered by this assignment. I also hereby authorize Dr. TAM (TOM) M. BUI, M.D. to release all information to secure the payment of benefits.

(Yo, el infrascritor, tengo seguro cubierta con _____ autorizo el pago directamente a Dr. TAM (TOM) MINH BUI, M.D. todos los befecicios de cirugía/medical, si hay, ser pagados a mí por servicios rendidos. Yo entiendo que yo soy responsable financieramente por todos los cargos aunque el seguro lo page o no. Yo estoy de acuerdo de pagar por cualquier servicio que no esté cubierto por hacer éste servicio. Yo también autorizo a Dr. TAM (TOM) M. BUI, M.D. a dar toda información para asegurar el pago de los beneficios.)

1. ANY RETURNED CHECK WILL BE CHARGED A \$30 SERVICE FEE IN ADDITION TO THE AMOUNT OF CHECK PAYMENT.
(Cualquier cheque devuelto será cargado con una multa de servicio de \$30 adicionales a la cantidad de pago del cheque.)
2. CO-PAYS MUST BE PAID AT TIME OF SERVICE AND DEDUCTIBLE THAT IS NOT MET MUST BE PAID AT TIME OF SERVICE, AS REQUIRED BY LAWS.
(Co-pagos deben ser pagados a la hora de servicio y el deducible que no ha sido llegado debe ser pagado a la hora de servicio, como requerido por la ley.)
3. I AM FINANCIALLY RESPONSIBLE FOR ANY SERVICES RENDERED AT THIS OFFICE. IF MY INSURANCE DOES NOT COVER ANY SERVICES THAT I RECEIVE, I AGREE TO PAY FOR THESE SERVICES.
(Yo soy responsable financieramente por cualquier servicio rendido en ésta oficina. Si mi seguro no cubre ningún servicio que reciba, yo estoy de acuerdo de pagar por éstos servicios.)

SIGNATURE OF PATIENT OR LEGAL GUARDIAN
(Firma De El/La Paciente o Guardian Legal)

INITIAL
(Iniciales)

DATE
(Fecha)