Registro : **Center For Asthma And Allergy**

Fecha	No. De Cuenta	No De Expendiente	Orto ID	Uso Interno

Informacion Sobre El Paciente

Apellido	Primer Nombre	Inicial	Género	Estado Civil	Fecha de Nacimiento Age	Uso Interno

Direccion 1		Telefo Telefon Telefo	How did you hear of us?
Dereccion 2		Direcci	
Ciudad	Estado / Codigo Postal	Empleador	Occupación
Persona de Notifical	Phone	Farmacia	Telefono

Médico **Family Physician** **Referido**

Compania de Seguro	Numbre Y Direcci	Numbre de Persona Respons	Relacion	No. de Suscripton	No de. Gru
1					
2					
3					

Personal Responsible O Nombre de Otras Persona Responsable de Estacuenta

1 Apellido	Primer Nombre	Inicial	Género	Estado Civil	Fecha de Nacimiento	Uso Interno

Direccion 1	Telefono Personal	Telefono de	Direccion de Email
Ciudad / Estado / Codigo P	Empleador		Occupación

2. Apellido	Primer Nombre	Inicial	Género	Estado Civil	Fecha de Nacimiento	Uso Interno

Direccion 1	Telefono Personal	Telefono de	Direccion de Email
Ciudad / Estado / Codigo P	Empleador		Occupación

HIPAA Approved Contacts

1. Apellido	Primer Nombre	Inicial	Género	Fecha de Nacimi	Uso Interno	Relacion

Direccion 1	Ciudad	Estad	Codigo Post	Telefono Personal	Telefono de Celu	Telefono de Empleado

2. Apellido	Primer Nombre	Inicial	Género	Fecha de Nacim	Uso Interno	Relacion

Direccion 1	Ciudad	Estado	Codigo Post	Telefono Personal	Telefono de Celu	Telefono de Empleado

Trapasu de Lus Benefiaius Dec Seguro y Authorizacion Para la Divalgacion de Informacion

I the undersigned give my authorization to treat and assign directly to Center For Asthma And Allergy , all medical benefits, if any, otherwise payable to me for services rendered. I understand that I am ultimately financially responsible for all approved and covered charges whether or not paid by insurance. I hereby authorize the doctor to release all information necessary to secure the payment of benefits. I authorize the use of this signature on all my insurance submissions. I understand that payment is expected at the time of service.

I acknowledge receipt of the Practice's Notice of Privacy Practices. I authorize the Practice to use and disclose my health information for purposes of treating me, obtaining payment for services rendered to me, and conducting healthcare operations.

Firma	Fecha de Firma	
X		**Center For Asthma And Allergy** 18 North Third Ave Highland Park, NJ 08904 Phone: 732-545-0094 Email:

Please attach all pertinent insurance ID cards for photocopying.