

PATIENT INFORMATION (Please print legibly/Escribir legible)				Patient #:
Name/Nombre: last/apellido first/nombre	<input type="checkbox"/> Male Masculino	<input type="checkbox"/> Female Femenino	Date of Birth/Fecha de Nacimiento	
Address/Domicilio: Número y calle	Home Phone/Teléfono de la casa		Work Phone/No. de Teléfono del trabajo	
Referring Physician Name (First and Last)/Médico Remitente (nombre y apellido)				
City/ Ciudad	State/Estado	Zip/Zona Postal	Genetic Counselor	Date of Appointment / Fecha de su cita

CLIENT INFORMATION Client: 301632 Sub-Client: 301633
 Platt & Associates
 6310 San Vicente Boulevard
 Suite 520
 Los Angeles, CA 90048 Phone: (877) 997-5288

BILLING/INSURANCE INFORMATION / INFORMACIÓN DE SEGURO PARA COBRO

(Complete Section 1 if you are paying by cash OR Section 2 to have your insurance company billed.)
 (Llenar sección 1 si pago es en dinero efectivo. Llenar sección 2 si quiere que su cuenta sea enviada a su seguro médico.)

<p>SECTION 1:</p> <p><input type="checkbox"/> Physician or Institution/Doctor ó Institución</p> <p><input type="checkbox"/> Medicare: (Copy of card required/Copia de la tarjeta)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Inpatient/Paciente hospitalizado</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Outpatient/Paciente no hospitalizado</p> <p>Card # / # de la tarjeta: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid: (Copy of card required/Copia de la tarjeta)</p> <p>Card # / # de la tarjeta: _____</p> <p>State/Estado: _____</p> <p><input type="checkbox"/> California PNS Program</p> <p><input type="checkbox"/> Patient/Self-Pay/Cobro al paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Payment Enclosed/Pago incluido</p> <p>* Do not attach credit card information to this form</p>	<p>SECTION 2: Copy of insurance card (front & back) required, attach copy of authorization if available. Copia de la tarjeta del seguro (parte delantera y posterior), adjuntar copia de la autorización si está disponible.</p> <p><input type="checkbox"/> Insurance/PPO/Seguro/PPO</p> <p><input type="checkbox"/> Blue Cross/Blue Shield</p> <p><input type="checkbox"/> Medical Group/IPA* Attach co-pay/Adjuntar co-pago</p> <p><input type="checkbox"/> HMO* Attach co-pay/Adjuntar co-pago</p> <p>*Authorization # **# de autorización</p> <p><i>Non-authorized services will be billed to the patient.</i> <i>Servicios no autorizados serán cobrados a Usted.</i></p>	<p>Insurance Co Name/Nombre de la compañía de seguro:</p> <p>Billing Address/dirección de la compañía:</p> <p>City, State, Zip/Ciudad, Estado, Zona postal:</p> <p>Telephone # / # de teléfono:</p> <p>Name of Insured/Nombre del asegurado:</p> <p>Policy # / # de la póliza: Group# / # del grupo:</p> <p>Name of Employer/Nombre del empleador:</p> <p>Relation to Insured/Parentesco con asegurado: Self/Asegurado Spouse/Cónyuge Child/Hijo/a Other/Otro</p>
---	---	---

The charge for these services is separate from any other tests or procedures. I authorize Integrated Genetics to furnish my designated insurance carrier any information concerning my services that is necessary for reimbursement. I also authorize benefits to be payable to Integrated Genetics. I understand that I am responsible for any amount not paid by Insurance.

Many insurance carriers will pay only for services they deem to be reasonable and necessary or a covered service. If my insurance carrier determines that a particular service is not reasonable and necessary, my insurance carrier may deny payment. If my plan does not cover the genetic counseling or medical consult provided by Integrated Genetics, I agree to be responsible for full payment.

El cobro de estos servicios son aparte de cualquier otro examen o procedimiento. Yo autorizo que Integrated Genetics supla a mi seguro médico de cualquier información que sea necesaria para reembolso. Yo también autorizo que los beneficios sean pagados a Integrated Genetics. Yo entiendo que soy responsable por cualquier cantidad que no sea pagada por mi seguro médico.

Muchos seguros médicos solamente pagan por servicios que consideran razonables o necesarios. Si mi seguro determina que algún servicio en particular no es considerado razonable o necesario, mi seguro médico puede negar pago. Si mi plan no cubre la charla con la consejera genética o consulta médica provista por Integrated Genetics, yo accedo hacerme responsable por la cuenta en completo.

Signed _____ Dated _____ Firma _____ Fecha _____