

PATIENT INFORMATION (Please print legibly/Escribir legible)

Name/Nombre: last/apellido				first/nombre		<input type="checkbox"/> Male Masculino		<input type="checkbox"/> Female Femenino		Patient #:	
Address/Domicilio: Número y calle				Home Phone/Teléfono de la casa				Date of Birth/Fecha de Nacimiento			
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			

CLIENT INFORMATION

CLIENT# **301632** SUBCLIENT# **301633**
 Center for Fetal Medicine & Women's Ultrasound
 6310 San Vicente Boulevard
 Suite 520
 Los Angeles, CA 90048

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.)

SECTION 1: <input type="checkbox"/> Physician or Institution/Doctór ó Institución <input type="checkbox"/> Medicare: (Copy of card required/Copia de la tarjeta) <input type="checkbox"/> Inpatient/Paciente hospitalizado <input type="checkbox"/> Outpatient/Paciente no hospitalizado Card # / # de la tarjeta: _____ <input type="checkbox"/> Medicaid: (Copy of card required/Copia de la tarjeta) Card # / # de la tarjeta: _____ State/Estado: _____ <input type="checkbox"/> California PNS Program <input type="checkbox"/> Patient/Self-Pay/Cobro al paciente <input type="checkbox"/> Payment Enclosed/Pago incluido * Do not attach credit card information to this form	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 autorizacion si está disponible. <input type="checkbox"/> Insurance/PPO/Seguro/PPO <input type="checkbox"/> Blue Cross/Blue Shield <input type="checkbox"/> Medical Group/IPA* Attach co-pay/Adjuntar co-pago <input type="checkbox"/> HMO* Attach co-pay/Adjuntar co-pago <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> *Authorization # *# de autorización </div> <i>Non-authorized services will be billed to the patient.</i> <i>Servicios no autorizados serán cobrados a Usted.</i>
Insurance Co Name/Nombre de la compañía de seguro:	
Billing Address/dirección de la compañía:	
City, State, Zip/Ciudad, Estado, Zona postal:	
Telephone # / # de teléfono:	
Name of Insured/Nombre del asegurado:	
Policy # / # de la póliza:	Group# / # del grupo:
Name of Employer/Nombre del empleador:	
Relation to Insured/Parentesco con asegurado: Self/Asegurado Spouse/Cónyuge Child/Hijo/a Other/Otro	

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.

Signed _____ Dated _____

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 medico puede negar pago. Si mi plan no cubre la charla con la consejera genetica o consulta médica provista por Integrated Genetics, yo accedo hacerme responsable por la cuenta en completo.

Firma _____ Fecha _____