

2737 West Baseline Road, Suite 24, Tempe, Arizona 85283 (602) 437-4800

Date / Fecha ____/____/____

_____ Last / Apellido	_____ First / Nombre	(_____-)_____ Home Phone No. / No. Telefono	(_____-)_____ Work Phone No. / No. de Telefono (Trabajo)
_____ Street Address / Direccion		(_____-)_____ Cellular Phone No. / Celular	_____ E-mail Address / Correo Electronico @
_____ City / Ciudad	_____ State / Estado	_____ Zip Code / Zona Postal	_____ Employer / Empleado
_____-_____-_____ Social Security No. / No. Seguro Social	S M D W _____ Marital Status / Estado Marital	_____ Employer Address / Direccion de Empleo	
_____/_____/_____ Date of Birth / Fecha de Nacimiento	_____ Age / Edad	M F _____ Sex / Sexo	_____ Occupation / Ocupacion

Person Responsible for Account / Persona Responsable para la cuenta:

_____ Last / Apellido	_____ First / Nombre	(_____-)_____ Home Phone No. / No. Telefono	(_____-)_____ Work Phone No. / No. de Telefono (Trabajo)
_____ Street Address / Direccion		(_____-)_____ Cellular Phone No. / Celular	_____ E-mail Address / Correo Electronico @
_____ City / Ciudad	_____ State / Estado	_____ Zip Code / Zona Postal	_____ Employer / Empleado
_____-_____-_____ Social Security No. / No. Seguro Social	S M D W _____ Marital Status / Estado Marital	_____ Employer Address / Direccion de Empleo	
_____/_____/_____ Date of Birth / Fecha de Nacimiento	_____ Age / Edad	M F _____ Sex / Sexo	_____ Occupation / Ocupacion

INSURANCE INFORMATION / INFORMACION DE SEGURO

_____ Primary Insurance / Seguro Principal	_____ Subscriber/policy No. / No. Poliza	_____ Group Number
_____ Secondary Insurance / Seguro Secundario	_____ Subscriber/Policy No. / No, Poliza	_____ Group Number
_____ Pharmacy		

Referred By / Referido Por: _____

Emergency contact /
Contacto de Emergencia: _____

_____ First Name / Nombre	_____ Last Name / Apellido	_____ Relation / Relacion
(_____-)_____ Home Phone No. / No. de Telefono	(_____-)_____ Cell Phone No. / Celular	

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION AND ASSIGNMENT OF BENEFITS / AUTORIZACION DE PAGOS Y INFORMACION

I request that payment of authorized insurance benefits from any applicable insurance carrier be made on my behalf to IM Specialist for any services furnished to me by the provider. I authorize medical information needed to determine these benefits or the benefits payable for the related services be released to the insurance company and its agents.

I understand that even though I have some type of insurance coverage, I am responsible for the payment of services.

Yo autorizo pagos de beneficios a IM Specialist, Inc. por servicios recibidos. Yo autorizo hacer publico cualquier informacion necesaria a la compania de seguro para determinar beneficios. **Yo entiendo que aunque tenga seguro, yo sere responsable por los servicios.**

* _____
Signature of Patient/ Firma de Paciente

_____/_____/_____
Date / Fecha