

UROLOGY ASSOCIATES OF WILLIAMSON COUNTY

Date: _____ Referred by: Dr. _____ Preferred Pharmacy: _____

PATIENT INFORMATION

DATE OF BIRTH _____ AGE: _____

Name _____ Occupation _____
Address _____ Apt.# _____ Driver's License Number _____
City _____ State _____ Zip _____ Social Security Number _____
Marital Status: Married Single Widowed Divorced Employer _____ Years _____
Home Phone Number _____ Employer's Address _____
Cell Number _____ City _____ State _____ Zip _____
Email Address _____ Employer's Phone Number _____
Emergency Contact Name _____
Emergency Phone Number _____

SPOUSAL INFORMATION

Name _____ Employer _____ Years _____
Address _____ Employer's Address _____
City _____ State _____ Zip _____ City _____ State _____ Zip _____
Occupation _____ Employer's Phone Number _____

IF THE PATIENT IS A MINOR OR STUDENT

Father's Name _____ Mother's Name _____
Address _____ Address _____
City _____ State _____ Zip _____ City _____ State _____ Zip _____
Father's Occupation _____ Mother's Occupation _____
Father's Employer _____ PHONE _____ Mother's Employer _____ PHONE _____
Address _____ Address _____
City _____ State _____ Zip _____ City _____ State _____ Zip _____

INSURANCE INFORMATION

MEDICARE

Number _____
Hospital Effective Date _____
Medical Effective Date _____

MEDICAID

Number _____
County _____

SECONDARY

Certificate Number _____
Name _____

GROUP OR PRIVATE INSURANCE

Company Name _____
Company Address _____
City _____ State _____ Zip _____
Subscriber's Name _____
Employer (if group insurance) _____
I.D. Number _____
Certificate Number _____
Group Number _____

INSURANCE PREFERRED (Please Complete)

LABORATORY: _____

ACTIVE TRICARE _____

RETIRED TRICARE _____

RADIOLOGY FACILITY: _____

In order to control billing costs, we request that office visits be paid for at the time service is rendered. We would rather control billing costs than raise our fees.

UROLOGY ASSOCIATES OF WILLIAMSON COUNTY

Fecha: _____ Mandado por: Doctor _____ Farmacia Preferida: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD: _____

Nombre _____ Ocupación _____
Dirección _____ Apartamento * _____ Número de licencia de manejar _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Número de Seguro Social _____
Estado Civil: Casado Solo Enviudado Divorciado Patrón _____ Años _____
Número de Teléfono de Casa _____ Dirección del Patrón _____
Número celular _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Correo electrónico _____ Número de teléfono del Patrón _____
Nombre de Contacto de Emergencia _____
Número de teléfono de Emergencia _____

INFORMACIÓN CONYUGAL

Nombre _____ Patrón _____ Años _____
Dirección _____ Dirección del Patrón _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Ocupación _____ Número de teléfono del Patrón _____

SI EL PACIENTE ES UN MENOR O ESTUDIANTE

Nombre del Padre _____ Nombre de la Madre _____
Dirección _____ Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Ocupación del Padre _____ Ocupación de la Madre _____
Patrón del Padre _____ TELÉFONO _____ Patrón de la Madre _____ TELÉFONO _____
Dirección _____ Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

INFORMACIÓN DE SEGUROS

ASISTENCIA MEDICA

Número _____
Fecha efectivo de Hospital _____
Fecha efectivo de Médica _____

PROGRAMA ESTATAL DE ASISTENCIA MÉDICA

Número _____
Condado _____

SECUNDARIO

Número de Certificado _____
Nombre _____

GRUPO O SEGURO PRIVADO

Nombre de la Compañía _____
Dirección de la Campaña _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Nombre del Suscriptor _____
Patrón (si seguro de grupo) _____
I.D. Número _____
Número de Certificado _____
Número de Grupo _____

EL SEGURO PREFERIDO (Por favor Complete)

LABORATORIO: _____

FACILIDAD DE RADIOLOGÍA: _____

TRICARE ACTIVO _____
TRICARE RETIRADO _____

Para controlar gastos de facturación, solicitamos que visitas de oficina sean pagadas en el tiempo que el servicio es dado. Nosotros preferiríamos controlar gastos de facturación que aumentar nuestros honorarios.