

# PRIVATE INSURANCE

LAST NAME/ NOMBRE APELLIDO	FIRST NAME/NOMBRE DE PILA	DATE OF BIRTH / FECHA DE NACIMIENTO
ADDRESS / DIRECCIÓN	CITY-STATE / CIUDAD-ESTADO	ZIP / CODIGO POSTAL
SS # / NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	HOME PHONE / TELÉFONO	CELL PHONE / TELÉFONO CELLULAR
EMPLOYER / EMPLEADO	EMP. ADDRESS / DIRECCIÓN DE EMPLEADO	EMP. PHONE / TELÉFONO DE EMPLEADO
CONDITION / CONDICIÓN	ACCIDENT? / ACCIDENTE?	DATE OF ACCIDENT / FECHA DE ACCIDENTE

### INSURANCE NOTE

TRINITY ORTHOPEDICS office will file up to two insurances as a courtesy, provided we are given all the necessary information. Patient will be responsible for payment in full at time of service if charges are under \$200.00 or if charges are over \$200.00 and insurance information is incomplete. Checks, cash, Visa and MasterCard are accepted.

### NOTICIA DE SEGURO

La oficina del TRINITY ORTHOPEDICS, por una cortesía, le expidimos asta dos asegurancias, si nos da toda la necesaria información. El paciente es responsable por pagar su aumento despues de que el tratamiento del doctor es terminado. Sis u servicio es menos de \$200.00 puede pagar todo a ese tiempo, o, si es mas de \$200.00, podemos expidir a su asegurancia. Aceptamos, cheques, dinero; Visa o Mastercard.

### CONSENT/RELEASE/ASSIGNMENT

I request and authorize Dr. Kjeldgaard/ Dr. Guthrie to treat me. I authorize photographs and recording to be made for documentation and educational purposes. I authorize the release of any medical information necessary to process any insurance claim made by said physician and I assign and transfer to Dr. Kjeldgaard/ Dr. Guthrie any benefits payable to or for my benefit under hospitalization, sickness, or accident insurance (due and payable to Tarrant County, Texas). My signature affirms all of the statements made above.

### CONSENTIMIENTO/AUTORIZACIÓN/ASIGNACIÓN

Yo pido y autorizo al Dr. Kjeldgaard/ Dr. Guthrie que me provea tratamiento. Autorizo que se me hagan fotografias y grabaciones para documentación y proposito educacional. Autorizo la diseminación de toda reclamación de seguros hecha por el mencionado médico y asigno y transfiero a Dr. Kjeldgaard/ Dr. Guthrie todos beneficios pagables a mi beneficio por seguro de hospitalización, enfermedad o accidente (debidos y a ser pagables en el Condado de (Tarrant, Texas). Mi firma atestigua todas las declaraciones expresadas arriba.

Date/Fecha \_\_\_\_\_ Patient/Authorized Person's Signature/Firme Del Paciente \_\_\_\_\_

PRIMARY INSURANCE	INSURANCE ADDRESS	INSURANCE TELEPHONE
INSURED'S NAME ON CARD	INSURED'S SS#	GROUP / POLICY #
IN NETWORK BENEFITS	DEDUCTIBLE MET Y N	OUT OF POCKET LIFETIME MAX
REQUIRES PRECERT FOR SURGERY Y N	EFFECTIVE DATE	REQUIRES FORM ( FOR HMO) Y N
OUT OF NETWORK BENEFITS	DEDUCTIBLE MET Y N	OUT OF POCKET LIFETIME MAX
REQUIRES PRECERT FOR SURGERY Y N	EFFECTIVE DATE	REQUIRES FORM ( FOR HMO) Y N
APPOINTMENT DATE / TIME	SCHEDULED BY	CO-PAY