

M. Mujahid Baig, M.D., F.A.C.E

Patient Information(Información del paciente)

Last Name(Apellido) _____
First Name(Primer nombre) _____ M.I. _____
Date of Birth(Fecha de nacimiento) _____ Social Security #(Numro del seguro social) _____
Email(el correo electrónico) _____
Sex(Sexo): Male(Hombre) _____ Female(Mujer) _____

Marital Status(Estado civil): Please circle one(por favor marque uno)
Single(Solo) Married(Casado) Divorced(Divorciado) Widowed(Viudas)

Address(Dirección) _____
apt #(Apartamento #) _____ City(Ciudad) _____
State(Estado) _____ Zip Code(Código postal) _____
Home Phone(Teléfono de casa) _____ Cell Phone(Teléfono móvil) _____

Primary Physician Name(Nombre del médico primario) _____
Phone(Teléfono) _____

Employment Information(Información de empleo)
Employer(Empleador) _____
Occupation(Ocupación) _____
Address(Dirección) _____
Work Phone(teléfono del trabajo) _____

Emergency Information(Información de emergencia)
Emergency Contact Name(Nombre del contacto de emergencia) _____
Relationship(Relación) _____ Phone(Teléfono) _____

Insurance Information(Información sobre el seguro)
1.) Primary Insurance(Seguros primarios) _____
Address(Dirección) _____
Insured Name(Nombre asegurado) _____
Relation to You(Con respecto a usted) _____
SS#(Numro del seguro social) _____
Policy ID #(Número de identificación política) _____
Group #(Número de grupo) _____ Group Name(Nombre del grupo) _____
2.) Secondary Insurance(Seguro secundario) _____
Address(Dirección) _____
Insured Name(Nombre asegurado) _____
Relation to You(Con respecto a usted) _____
SS#(Numro del seguro social) _____
Policy ID #(Número de identificación política) _____
Group #(Número de grupo) _____ Group Name(Nombre del grupo) _____

I certify that the information given by me in applying for payment under Title XVII of the Social Security Act is correct. I authorize the release of any information necessary for medical care or in processing of medical claims. I request that payment of authorized benefits be made on my behalf, I assign the benefits payable for physician services to M. Mujahid Baig, M.D., F.A.C.E., and I authorized such physician or organization to submit a claim to my insurance company for payment. I understand that I am financially responsible for any balance not covered by my insurance. A photocopy of these assignments shall be valid as the original.

Certifico que la información dada por mí en la solicitud de pago en virtud del Título XVII de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo la liberación de toda la información necesaria para la atención médica o en el procesamiento de las solicitudes de reembolso de gastos médicos. Solicito que el pago de beneficios en mi nombre asignar el pago de las prestaciones de servicios médicos a M. Mujahid Baig, M. D. , F. A. C. E. , y yo como médico autorizado o organización a presentar una reclamación a mi compañía de seguros para el pago. Yo entiendo que soy responsable por cualquier saldo no cubierto por mi seguro. Una fotocopia de estas asignaciones serán válidos como el original.

Patient's Signature(La Firma del Pacientes) _____ Date(Fecha) _____