

INFORMACION DE PACIENTE

Fecha: _____ MRN# _____

Nombre _____

Direccion _____

Telefono# _____ SS# _____

CELL # _____ FAX# _____

Email _____

MARITAL STATUS _____ DATE OF BIRTH _____

Nombre de Madre _____ Nombre de Padre _____

Nombre de empleador & direccion _____

Telefono de empleado _____ EXT: _____

Nombre completo de su esposo(a) _____ DATE OF BIRTH _____

Nombre & direccion de empleador _____

Telefono de empleador _____ SS# _____

Para Emergencia llame solamente a:

Nombre y relacion al paciente _____ TEL# _____

Informacion de Seguro

Seguro Primario _____

Persona que aparece en la poliza de seguro _____ ID# _____

Direccion y telefono _____

Seguro Secundario _____

Persona que aparece en la poliza de seguro _____ ID# _____

Direccion y telefono _____

Nombre de cardiologo local: _____

Direccion y telefono _____

Nombre y telefono de farmacia local _____

NOTA: ASISTENTE A CIRUJANEOS PUEDEN SER USADOS Y SON REQUERIDOS

Autorizacion de beneficios e informacion medica

Los pacientes de Medicare: Yo, autorizo que los pagos de Medicare Benefits sean enviados al proveedor de los servicios. Y autorizo a enviar cualquier informacion medica que sea necesaria para determinar los beneficios por los servicios adquiridos deben ser enviados a las oficinas HCFA y sus agents.

Esta autorizacion estara en efecto hasta que yo desee revocar este permiso por escrito. Una fotocopia de las misma sera considerada como el original.

Los pacientes de Seguro Comercial: Yp, autorizo que los pagos sean hechos directamente al proveedor de los servicios mencionado abajo.

Esta autorizacion estara en efecto hasta que yo desee revocar este permiso por escrito. Una fotocopia de la misma sera considerada como el original.

Firma de paciente

Fecha

Providers: DR's. C.Smith; M.Oz; Y.Naka; M.Argenziano; H. Spotnitz; H.Takayama;Isaac George,Syed T. Raza, E.Weiss, Barry Esrig,Deane Smith,Takashi Nishimura, Koji Takeda,PA's-Thomas Cosola, R-PA; M.Flannery, FNP; R.Te-Frey, FNP; J.Murphy; K.Orlanes,E. Simonich, M.Finelle Torres, M. Tiburcio; Dana Reed ACNP.