

Imperial Cardiac Center Imperial Valley Family Care Medical Group, APC

Información Del Paciente

DOCTOR _____

FECHA _____

CUENTA DE PACIENTE _____

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

IMPRIMIR POR FAVOR

APELLIDO		NOMBRE		INICIAL	SEX <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
EDAD	NACIMIENTO	DIRECCIÓN			APT. No.
CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL	SEGURO SOCIAL	
TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO DE TRABAJO	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado			
OCUPACIÓN DEL PACIENTE / EMPLEADOR			NOMBRE DE CÓNYUGE		
PERSONA PANA NOTIFICAR (NOMBRE / DIRECCIÓN DE UN PARIENTE QUE NO VIVA CON USTED)				NUMERO DE TELÉFONO	
QUIEN LO REFIRIÓ?	DIRECCIÓN				

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

APELLIDO	NOMBRE	INICIAL	SEGURO SOCIAL	RELACIÓN AL PACIENTE	
DIRECCIÓN		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NUMERO DE TELÉFONO	TELÉFONO TRABAJO	EMPLEADOR	DIRECCIÓN		
TARJETA VISA	CADUCIDAD	TARJETA MASTER	CADUCIDAD	FIRMA	

SEGURO – POR FAVOR PRESENTE SU TARJETA DE SEQUÍO A LA RECEPCIONISTA

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO PRIMERA		DIRECCIÓN			
PÓLIZA O NUMERO DE CERTIFICADO	GRUPO	FECHA EFECTIVA	NOMBRE / NACIMIENTO ASEGURADO		
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO SEGUNDA		DIRECCIÓN			
PÓLIZA O NUMERO DE CERTIFICADO	GRUPO	FECHA EFECTIVA	NOMBRE / NACIMIENTO ASEGURADO		

YO CONSIENTO EL TRATAMIENTO NECESARIO PARA EL CUIDADO DE EL PACIENTE NOMBRADO.

YO AUTORIZO LA ENTREGA DE EXPEDIENTES MEDICOS A EL MEDICO DELA FAMILIA O AL MEDICO REFERIDO Y A MI COMPANIA DE SEGURO SI LO DESEA.

YO TENGO CONOCIMIENTO DE TODOS LOS CARGOS FINANCIEROS OFRECIDOS POR EL MEDICO Y AUTORIZO TRANSFERIR TODAS LAS CANTIDADES NO PAGADAS A MI TARJETA VISA/MASTER DESPUES DE 120 DIAS DESPUES DEL SERVICIO.

YO ENTLENDO QUE LOS PAGOS DE CARGOS OBTENIDOS SON VENCIDOS A LA HORA DE LOS SERVICIOS SI NO SE HAN HECHO ARREGLOS FINANCIEROS ANTES DEL TRATAMIENTO.

YO AUTORIZO ADELANTADAMENTE Y REQUIERO QUE LOS PAGOS DE ASEGURANZA SEAN HECHOS DIRECTAMENTE A IMPERIAL VALLEY FAMILY CARE MEDICAL GROUP, APC.

FIRMA _____

FECHA _____