

MOHAMMAD K. ARAB, M.D., F.A.C.S.

ENT CLINIC

516 W. Aten Road, Suite 4

OFFICE: (760) 355-8500 FAX: 355-8558

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

SEXO: M F

APELLIDO _____ NOMBRE _____ INICIAL _____

DOMICILIO _____ / _____ / _____ APARTADO POSTAL _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____
 SOLTERO CASADO

NÚMERO DE TELEFONO _____ NÚMERO DE TRABAJO _____ NÚMERO DE CELULAR _____ ESTADO CIVIL: DIVORCIADO VIUDO

NOMBRE DE SU PATRON _____ OCUPACION _____ QUIEN LO REFIRIO A NUESTRA OFICINA/ DOMICILIO _____

NOMBRE DE CONYUGE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ NUMERO DE SEGURO _____ NOMBRE DE SU PATRON _____

A QUIEN NOTIFICAMOS EN CASO DE EMERGENCIA Y SU RELACION A LA PERSONA - DOMICILIO _____ NUMERO DE TELEFONO _____

NOMBRE DE ASEGURANZA

FAVOR DE PRESENTAR SUS TARGETAS CON LA RECEPCIONISTA

NOMBRE DE ASEGURANZA PRIMARIA _____ DOMICILIO _____ NUMERO DE TELEFONO _____

NOMBRE DEL ASEGURADO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ # DE SEGURO SOCIAL _____ # DE LA POLIZA _____ # DEL GRUPO _____

NOMBRE DE ASEGURANZA SECUNDARIA _____ DOMICILIO _____ NUMERO DE TELEFONO _____

NOMBRE DEL ASEGURADO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ # DE SEGURO SOCIAL _____ # DE LA POLIZA _____ # DEL GRUPO _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

APELLIDO _____ NOMBRE _____ INICIAL _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____ RELACION AL PACIENTE _____

DOMICILIO _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____ NUMERO DE TELEFONO _____

NOMBRE DE SU PATRON _____ DOMICILIO _____ TELEFONO/CELULAR _____

- Yo consiento el tratamiento necesario para el cuidado del paciente nombrado.
- Yo autorizo la entrega de archivos médicos a su medico familiar o al medico que me refirió y a mi compañía de seguro si lo desea.
- Yo tengo conocimiento de todos los cargos financieros ofrecidos por el medico si mi aseguranza rechaza o reduce los pagos.
- Yo entiendo 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 por adelante y requiero que los pagos de aseguranza sean hechos directamente a: Mohammad K. Arab, M.D., F.A.C.S.
- Entiendo que se cobrara \$30.00 por cada cheque que se deposite sin fondos. Tambien, si mi cuenta se refiere a una agencia de colecciones, yo sere responsable por el adicional 30% que se agrerara mas cualquier costo legal.

Firma: _____ Fecha: _____