Registro de Pacientes

The Vein Treatment ~ Dr. William P. Kalchoff and Dr. Grady L. Hallman

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento : _____

Edad del Paciente: _____ Sexo M/F

Seg. Soc. #: _____ correoelectronico:_____

Direccion:_____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Primer telefono: _____Celular: _____ Otro: _____

Estatus social: Casado(a) Soltero(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Contacto de emergencia: _____ Telefono: _____

Ocupacion: _____Empleador: _____ Telefono:_____

Direccion del Empleador_____

Como se entero acerca de nosotros?_____

Seguro Principal

Persona Responsable por la Cuenta:_____

Relacion con el Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____ Seg. Soc. #: _____

Grupo No. _____ Suscritor No. _____

Seguro Adicional

Persona Responsable por la Cuenta: _____

Relacion con el Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____ Seg. Soc. #: _____

Grupo No _____ Suscritor No. _____

TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION

Yo, el suscrito, certifico que yo (o la persona a mi cargo), tengo (tiene) cobertura de seguro con _____y traspaso directamente al The Vein Treatment Center.

Todo los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera son pagaderos a mi, por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, ya sea que son pagados por el seguro o no. Por el presente yo autorizo al doctor a divulgar toda la información que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro.

_____ _____ _____

Firma de la Persona Responsable **Relacion** **Fecha**