



VeinSpecialists
OF TAMPA

Por favor complete los siguientes registro de pacientes información:

Nombre _____ MI _____ Apellido _____

Domicilio: _____ SSN: _____

Ciudad, estado, Zip: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género: (circule uno) Masculino femenino

Estado civil: (circule uno) Casada, divorciada, sola, viuda

Por favor indicar colocando un 1, 2 o 3 al lado de cada número de teléfono por debajo de para indicar el orden en el que desea ponerse en contacto con you.

☐ Teléfono casa # _____

☐ Teléfono del trabajo # _____ Está bien para entrarme en contacto con en el trabajo

☐ Teléfono celular # _____

Página de Inicio Personal E-correo _____

Trabajo/negocios E-correo _____

Podemos enviarnos c confidencial¿ comunicaciones a usted vía el correo electrónico mencionado?

(circule uno) Sí o no

Nombre de la persona de contacto en caso de emergencia: _____

Su teléfono #: _____ Su relación: _____

Podemos enviar un informe de los resultados, re¿ resultados de elogios a su médico de familia?

☐ Sí ☐ No

Nombre de su médico de familia: _____

Nombre del médico obstetra: _____

Lista de su idioma primario, **Si no es inglés** _____

PA!e: (circule uno) Blanco, negro o americano africano, hawaiano nativo u otras islas del Pacífico, asiático, indio americano o nativo de Alaska, otras _____

Ethnicity (circule uno) : Hispanic / Latino o no Hispano / Latino

Asignación de beneficios:

Dworkin, Dr. Gary se autoriza a proporcionar información a carri segurocadores sobre mi enfermedad y tratamientos y para recoger todos los pagos por servicios médicos prestados a mis dependientes o yo mismo. Entiendo que soy responsable por cualquier monto no cubierto o pagado por el seguro. Yo también soy responsable por cualquier deducible, copago o coaseguro en los servicios de tiempo se procesa. Certifico que la información que he denunciado con respecto a la cobertura de mi seguro es correcta. Estoy de acuerdo en remitir los fondos a VST que recibo directamente de mi compañía de seguros como forma de pago para los servicios facturados. Permito una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar del original. Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento de la escritura.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Guarda

Firma: _____ Fecha: _____

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS?

My Physician (Name) _____

Website (Name) _____

Seguro de salud de referencia

Un amigo/familiar () miembrosName) _____

Búsqueda en Internet (circule uno)-Google, Yahoo , GAÑIDO, u otros: _____

Boletín de noticias o correo (Name) _____

Periódico Artículo o anuncio: (circle uno) OTC (libre diario), Tampa Bay Times

Otros (Sírvasse proporcionar detalles) ____

Información sobre el seguro:

Proporcione por favor la receptionist con su licencia de conducir
y tarjetas de seguro médico de cualquier o todos
por lo que podemos hacer una copia de estas cartas y mantenerlas en su archivo.

Por favor complete la siguiente información, luego firme y feche a continuación:

Nombre de la aseguradora primaria: _____

Es la P arriba ¿primary póliza de seguro en tu nombre? Sí ☐ No ☐

Si la anterior póliza de seguro primaria es **NO** en tu nombre, por favor proporcione la siguiente
información:

Nombre del titular de la política: _____

Seguridad social # del tomador: _____

DATE de nacimiento del titular de la política: _____

Su relación con el tomador: _____

Nombre de la compañía de seguros de la secundaria: _____

¿Es la póliza anterior secundaria a su nombre? Sí ☐ No ☐

Si la anterior póliza secundaria es **NOT** en tu nombre, por favor proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la política: _____

Seguridad social # del tomador: _____

Fecha de nacimiento del titular de la política: _____

Su relación con el tomador: _____

Firma del paciente o tutor

Fecha



Se trata de autorizar a las siguientes personas no médicos a hablar con su fisicocian con respecto a su condición médica:

Nombre:

Relación:

Print Patient name : _____

Paciente/Guardiuna firma

Fecha

Patient Initials : _____