ADVANCED FOOT & ANKLE CLINIC
3730 Plaza Way Suite 6500
Kennewick, WA 99338
Telefono: 509-585-3622
Fax: 509-585-3624

INFORMACION DEL PACIENTE:

Nombre: _____ Sexo: _____ Masculino ____ Femenino
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Direccion: _____ Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Seguro Social: _____

Numero de Telefono:

en casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Correo electronico: _____ Empleador: _____

Persona en caso de emergencia: _____ Numero de telefono: _____

Relacion del paciente: _____

INFORMACION DEL GARANTE/PERSONA RESPONSABLE:

Nombre: _____ Relacion del paciente: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Direccion: _____ Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Seguro Social: _____

Numero de Telefono:

en casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Correo electronico: _____ Empleador: _____

INFORMACION SOBRE SEGUROS:

Seguro Principal: _____

Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relacion: _____

Numero de poliza: _____ Nombre o Numero de Grupo: _____

Empleador del asegurado: _____ Telefono: _____

Seguro Secundario: _____

Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relacion: _____

Numero de poliza: _____ Nombre o Numero de Grupo: _____

Empleador del asegurado: _____ Telefono: _____

Por la presente, autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la informacion necesaria para asegurar el pago para mi visita con el Dr. Travis S. Carter. Entiendo que soy responsable economicamente de todos los gastos en los que se incurra por tratamiento medico dentro de esta instalacion, sean pagados por mis seguros o no. Estoy de acuerdo en pagar mi cuenta inmediatamente despues de recibir la cuenta. Acepto pagar todos los gastos razonables de intereses, de honorarios de abogados y de cobro de deudas.
Doy mi consentimiento para que el Dr Carter pueda dar a mis companias de seguros cualquier informacion relacionada a mi cuidado. Una copia de este acuerdo es considerado como un original para el seguro.

_____ _____
Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal Fecha