ADVANCED FOOT & ANKLE CLINIC

7301 W Deschutes Ave Ste C
Kennewick, WA 99336

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: _____

Seguro Secundario: _____

LA RESPONSABILIDAD POR EL PAGO DE SERIVICIOS

Por la presente, autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago para mi visita con **el Dr. Carter**. Entiendo que soy responsable económicamente de todos los gastos en los que se incurra por tratamiento médico dentro de esta instalación, sean pagados por mis seguros o no. Estoy de acuerdo en pagar mi cuenta inmediatamente después 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 compañías de seguros cualquier información relacionada a mi cuidado. Una copia de este acuerdo es considerada como un original para el seguro.

*Los copagos están debidos en el momento del servicio, o se aplicará una cuota adicional de $5.

La oficina Advanced Foot and Ankle Clinic reserve el derecho a cobra $20 al paciente establecido que falla su cita y $50 al paciente nuevo. Claro si comprendemos circunstancias que ocurren que tomamos en consideración. El cargo se le cobrara a usted.

_____ _____

Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal Fecha