

Oficina de Brad Drexler M.D.
INFORMACIÓN DEL PACIENTE

FECHA _____

Número de teléfono: Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Dirección de correo electrónico _____ ¿Quieres recibir nuestra hoja informativa? SI NO

Nombre: Apellido _____ Primer _____ Segundo _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Licencia de conducir (Estado y número) _____

Nombre de esposo _____

Lugar de trabajo _____ Teléfono _____

EMPLEADOR DEL PACIENTE: _____

Dirección _____ Teléfono _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre de la persona responsable _____ Relación con el paciente _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono (casa) _____ (trabajo) _____

INFORMACIÓN DE REFERENCIA DEL PACIENTE:

¿Cómo se enteró de nosotros? Amigo Doctor en Medicina Seguro Periódico Internet otro _____

¿Quién lo refirió a nuestra oficina? _____ ¿Podemos darles las gracias? SI NO

Nombres de sus otros médicos _____

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO: (Favor de presentar su tarjeta de seguro a la recepcionista)

Nombre de seguro médico _____

POR FAVOR LEA Y FIRME LO SIGUIENTE:

Yo asigno todos los beneficios médicos y operativos al Sr. Brad Drexler, M.D. y yo entiendo que soy responsable financieramente por todos los cobros si pagan o no la compañía de seguro. Yo, por la presente, autorizo al médico a dar toda la información que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios.

Firma: _____ Fecha: _____