

Mountain Kidney & Hypertension Associates

INFORMACION PERSONAL Papeleo debe completarse en inglés

Apellido: _____ Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Celular _____

Teléfono de su Trabajo: ____/____/____ Correo electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: M F Raza: _____

Estado Civil: (haga un círculo) Casado/a Divorciado/a Soltero/a Separado/a

Nº de Seguro Social: ____/____/____ Médico de Cabecera: _____

EMPLEO

Empleador: _____

Domicilio: _____

Ciudad _____ Estad: _____ Código Postal: _____

Contacto de Emergencia: _____

Teléfono de su contacto de emergencia: _____

Seguro Médico (Primario) : _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nº de Póliza _____ Titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Seguro Médico (Secundario): _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nº de Póliza _____ Titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Seguro Médico (Terciario) : _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nº de Póliza _____ Titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Por la presente autorizo la entrega de todos los documentos médicos necesarios para procesar mi Medicare, Medicaid y / o reclamos de seguros y de los beneficios pagaderos bajo mi póliza a pagar directamente a Mountain Kidney & Hypertension Associates., PA. Yo entiendo que soy responsable por el pago de cualquier monto no cubierto por mi seguro.

Firma del Paciente o Persona responsable _____

Fecha: _____