

YUMA CARDIAC CENTER, PC

Khidir Osman, M.D.
789 W. 27th Street
Yuma, AZ 85364

Información del Paciente

Fecha: _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
Nombre de Esposo (a) _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección Local _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Dirección de Correo _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Seguro Social _____ Sexo: M F Edad _____

Esposo(a) Seguro Social _____ Sexo: M F Edad _____

Soltero(a) _____ Casado(a) _____ Viudo(a) _____ Divorciado(a) _____

Persona Responsable

Nombre _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____

Empleo _____ Telefono _____

Empleo de Esposo(a) _____ Telefono _____

Seguro Medico

Nombre de Póliza _____

Numero de Identificación _____ Numero de Grupo _____

Nombre del Asegurado _____

Relación al Paciente _____

Nombre de Póliza Secundaria _____

Numero de Identificación _____ Numero de Grupo _____

Nombre del Asegurado _____

Relación al Paciente _____

Por favor, nombre a los familiares o personas responsables a quien podemos hablarle sobre su condición, tratamiento o preguntas financieras:

Nombre: _____ Telefono _____

Nombre: _____ Telefono _____

Nombre: _____ Telefono _____

Contacto en caso de emergencia:

Nombre: _____ Telefono _____

Nombre: _____ Telefono _____

Nombre: _____ Telefono _____

Seleccioné si desea que su dirección de correo sea marcado confidencial Si _____ No _____

Numero de teléfono de mensajes: _____

Podemos dejar mensajes confidenciales en su maquina de mensajes? Si _____ No _____

Podemos dejar mensajes en su trabajo? Si _____ No _____

Yo solicito que el pago bajo el programa de seguro medico sea hecho a mi o por mi consentimiento al Dr. Osman, por cualquier servicio hacia mi parte de el. Yo autorizo proporcionar cualquier información necesaria con el propósito de evaluación de beneficios o el proceso de un reclamo. También entiendo que el pago por los servicios vence a los 30 días de ser enviado el cobro. También entiendo que yo soy responsable por todos los cargos que no sean cubiertos por mi seguro medico. Si no pago el balance adeudado, se usara una agencia de embargo o un abogado es usado, yo seré responsable por cualquier cargo adicional.

X _____

Firma del Paciente o Persona Responsable

Fecha