

# YUMA CARDIAC CENTER, PC

Khidir Osman, M.D.  
789 W. 27<sup>th</sup> 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 \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ 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