

Jorge Bordenave MD, PA

Functional & Integrative Cardiology
Diplomate American Board of Internal Medicine
Forensic Medicine & Forensic Examiner
Clinical & Nuclear Cardiology

INFORMACION NUEVO PACIENTE

LETRA DE MOLDE

FECHA: _____

EMAIL: _____

NOMBRE: _____

Direccion : _____

Ciudad, estado, código postal : _____

Fecha de nacimiento : _____ Genero _____

SS#: _____

Telefono casa: _____

Telefono celular : _____

Telefono del trabajo: _____

Compania de seguro 1: _____

Numero de miembro #: _____

Compania de seguro 2: _____

Numero de miembro #: _____

Referido por (Doctor Primario): _____

Numero de telefono del doctor primario: _____

Todos los servicios profesionales prestados son cargados al paciente. Se completarán los formularios necesarios y se acelerarán los pagos de la compañía de seguros. El paciente es responsable de todas las tarifas, independientemente de la cobertura del seguro. Es el pago habitual de los servicios prestados a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado..

Autorizacion y asignacion de seguros

Por la presente autorizo a _____ proporcionar información a la aseguradora con respecto a mi enfermedad y tratamiento y por la presente asigno a los médicos los pagos por los servicios médicos prestados a mí o a mi dependiente. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por el seguro.