

## 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.