



PATIENT INFORMATION

NOMBRE: _____
APELLIDO _____ NOMBRE DE PILA _____ INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

FECHA DA NACIMIENTO: _____
AÑOS _____

GÉNERO: M F DESCONOCIDO

DIRECCIÓN: _____
CIUDAD . ESTADO . CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO #: _____
CASA _____ TRABAJO _____ CELULAR _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

NÚMERO SOCIAL #: _____

EMPLEADOR: _____

ESTADO CIVIL: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado (a) Apartado(a) Pareja

CONTACTO DE EMERGENCIA : _____

TELÉFONO #: _____

MÈDICO DE CABECERA: _____

TELÉFONO #: _____

¿QUIÈN LO REMITIO USTED A NUESTRA OFICINA: _____

Por la presente autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente a Ramin Nadjafi DPM cualquier y todos los gastos médicos y / o quirúrgicos de otro modo pagadero a mí por sus servicios profesionales.

Reconozco que soy personalmente responsable y obligado a Ramin Nadjafi DPM, de cualquier y todos los honorarios quirúrgicos y / o médicos facturados por ellos. En caso de Ramin Nadjafi DPM aceptar el pago directamente de mi compañía de seguros, yo entiendo que soy responsable y responsable por cualquier y todos los gastos deducibles / co-pago de la compañía de seguros. Si en el caso de Ramin Nadjafi DPM están obligados a contratar los servicios de una agencia de abogado / colección para recoger sus cuentas Acepto pagar Ramin Nadjafi DPM, honorarios de DPM arriba hasta e incluyendo los honorarios de apelación.

Una copia de las prácticas de privacidad de nuestra oficina está disponible en la recepción bajo petición.