

Dragos G. Zanchi, M.D., Rafael A. Martinez, M.D.

Bienvenido a Pulmonary & Sleep of Tampa Bay. Por favor complete este formulario y adjunte su licencia de conducir y tarjetas de seguro para que la persona de recepción pueda copiarlos. **POR FAVOR ESCRIBA.**

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección Física: _____

Telefono: _____

Casa: _____ Trabajo: _____

Cell: _____

Doctor de Cabecera: _____

Numero de Doctor: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Estado Civil: M S C

Número de Seguro Social: _____

Contacto de Emergencia: _____

Número de este contacto: _____

Correo Electronico: _____

Farmacia/ Tel de Farmacia: _____

Raza: _____ Etnicidad: _____ Idioma: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro Primario: _____

Número de Identificación: _____

Numero de Grupo: _____

Dirección de su seguro: _____

Tomador del Seguro: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Social: _____

Seguro Secundario: _____

Número de Identificación: _____

Numero de Grupo: _____

Dirección de su seguro: _____

Tomador del Seguro: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Social: _____

Yo doy consentimiento al tratamiento necesario para el cuidado de el paciente. Autorizo la liberación de todos los registros médicos a mi doctor remitidor, médicos de familia y a mi compañía de seguros, en su caso. Reconozco la responsabilidad financiera total por los servicios prestados por Pulmonary & Sleep of Tampa Bay. Entiendo que el pago de los gastos incurridos es debido al tiempo de servicio a menos que han hecho otros arreglos financieros antes del tratamiento. Estoy de acuerdo a pagar costos razonables de abogados y costos de cobranza en caso de incumplimiento de pago de mis cargos. Además autorizo y solicito que pagos de mi seguro sean directamente pagados a Pulmonary and Sleep of Tampa Bay si ellos eligen recibir dicho pago. He leído y entendido completamente el anterior consentimiento para tratamiento, responsabilidad financiera, liberación de información médica y autorización de seguro.

FIRMA

FIRMA DEL TESTIGO

DIA DE HOY

If you send this form electronically, please send through our Patient Portal or to this secure email: secure@pasotb.com