

PLASTIC SURGERY — OF WESTCHESTER —

Datos Demográficos del Paciente

Fecha: _____
Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Género: Femenino /
Masculino
Dirección: _____ Apt. #: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Correo
Electrónico: _____
¿Cómo se enteró de nosotros?: _____ Ocupación: _____
Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Teléfono
del Contacto: _____

Seguro Médico Primario

Nombre de la Persona Responsable: _____ Parentesco: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social #: _____
Teléfono: _____
Dirección (si es diferente): _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____
Compañía de Seguros: _____ Número de Suscriptor: _____
Teléfono: _____ Número de Grupo: _____
Teléfono: _____

Información del Médico de Atención Primaria

Nombre del Médico de Atención Primaria: _____ Nombre del
Consultorio: _____
Teléfono: _____ Dirección: _____
Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____

Información de la Farmacia

Nombre de la Farmacia: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____



Certifico que yo y/o mis dependientes estamos al tanto de que el proveedor no está dentro de la red de mi plan de seguro. Tengo cobertura de seguro activa con _____ y asigno directamente al Dr. _____ todos los beneficios de seguro, si los hubiera, que de otro modo serían pagaderos a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que los pague el seguro o no. Autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguro. El médico mencionado anteriormente puede utilizar mi información de salud y puede divulgar dicha información a la Compañía de Seguro mencionada anteriormente y a sus agentes con el propósito de obtener el pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios que se pagarán por los servicios relacionados. Este consentimiento finalizará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha firmada abajo.

Firma _____ Nombre en letra _____

Fecha _____