

Valley Vein and Vascular Surgeons

Sammy Zakhary, MD, PC

Dana Garner, NP

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____ Masculino Femenina

Dirección: _____ Apt/Unidad #: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Soltero/a Casado/a Viudo/a

Cuál es el mejor numero(s) para contactarlo durante el día?

Nombre de su Contacto de Emergencia y Número:

Cuidado Primario/Información de Medico de Referencia:

Medico de Cuidado Primario:

Quien lo Refirió a Nosotros?:

Información de Aseguranza

Nombre de Aseguranza Primaria:

Numero de Identificación al Subscritor: _____ # de Grupo: _____

Nombre de Aseguranza Secundaria: _____

Numero de Identificación al Subscritor: _____ # de Grupo _____

Por la presente autorizo pago directo a Sammy A. Zakhary, MD, PC por todo beneficio quirúrgico y/o beneficios de aseguranza medica, si alguna, de servicios no remunerados prestados. También autorizo la liberación de cualquier información necesaria para el proceso de reclamos por dichos servicios Autorizo la revelación de expedientes pretendientes a mi tratamiento a mi compañía de aseguranza o cualquier tercer partido responsable por mi pago de mis cobros médicos, incluyendo las actividades de examen relativas a mis médicos participando en mi plan médico. También estoy de acuerdo de pagar todos los cargos y/o copagos y deducibles en el momento del servicio. Esto también servirá como autorización para ser remitido y/o revelar expedientes necesarios para cuidado médico a departamentos de emergencia o a cuidado urgente.

Firma del Paciente o Partido Responsable: _____

Fecha Firmado: _____