

SOUTH CHARLOTTE GENERAL & VASCULAR SURGERY, PLLC.

10512 Park Rd. Suite 111 Charlotte, North Carolina, 28210 Phone: 704-910-8380 Fax: 704-817-9980

DEMOGRAFÍA

Nombre: _____ No. de Social #: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Soltero Casado Separado Divorciado Viudo

Domicilio : _____ #Apt _____ Ciudad : _____

Estado: _____ # Postal: _____ Correo Electronico : _____

MARQUE EL MEJOR # DE CONTACTO: Casa _____

Mobil _____ Trabajo _____

Nombre del cónyuge o la persona responsable: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: Nombre - _____

Relacion al paciente- _____ Telefono- _____

Empleador del Paciente: _____

Ocupacion: _____

Nombre de farmacia, Localización & Número de Teléfono:

ALERGIAS: _____

El Medico que te refirio: _____

Doctor de Medicina interna: _____

SEGURO (no llene al menos usted sea un dependiente)

Nombre de la asegurado: _____ Relación: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # Social: _____

Asignación de Beneficios y divulgación de información

Yo autorizo el pago directamente al médico para todas las prestaciones médicas, en su caso, de lo contrario pagaderos a mi por los servicios prestados, dándose cuenta de que soy responsable de pagar por servicios no cubiertos. Yo autorizo al médico a dar cualquier información en el curso de mi tratamiento sea necesario para procesar reclamaciones de seguros.

Firma del Paciente

Fecha