

FIRST CARE MEDICAL CENTERS, P.A.
12995 S. CLEVELAND AVE. #184
FORT MYERS, FL 33907

Primer Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____ Estado Matrimonial: _____

Seguro Social: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Direccion Permanente: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Direccion Temporal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Numero de la Casa: () _____ Numero del Celular: () _____

Nombre de Esposo(a)/ Guardian: _____ Telefono de Emergencia: () _____

Nombre de su Trabajo: _____ Telefono del Trabajo: () _____

Como fue usted referido a nuestra oficina: (Favor de marcar)

Amigo () Periodico () Radio () Television () Doctor () Patron () Paginas Amarillas ()

Correo Directo () Senales () Servicio de Recomendacion () Internet () Otro ()

DIRECTIVAS DE ANTEMANO: Testamento viviente: () Substituto de la Afliccion de su Salud ()

* Por favor nota: Usted deve de notificar a su doctor de cualquier directiva de antemano que tenga, y usted debe guardar una copia en su registro medico permanente. *

Pago Es Debido Al Tiempo de Servicio

Informacion del Seguro

Nombre de Compania del Seguro: _____

Nombre de Suplemento por Medicare: _____

* TODO SERVICIO MEDICO EJECUTADO SE COBRA AL PACIENTE.

Se completaran formas necesaria para facilitar pagos del portador del seguro.

Entiendo que mi firma autoriza pago y autoriza descargo de la informacion medica para pagar una demanda. Si articulo 9 de la forma HCFA-1500 de la demanda se completa, mi firma autoriza soltar la informacion al asegurador o agencia mostrada. En casos asignado por Medicare, el medico o proveedor esta de acuerdo aceptarle a la determinacion del cargo del Medicare portador como el cargo completo, y el paciente esta responsable solo por el deducible, el seguro suplemento, y servicios no cubiertos, suministros inclusos y medicaciones. El seguro suplemento, y el deducible se basa en la determinacion del cargo del Medicare portador.

Firma del Paciente/ Guardian: _____ Fecha: _____