

Badia Hand to Shoulder Center

3650 NW 82nd Avenue, Suite 103
Doral, FL 33166
Teléfono: (305) 227-4263 Número de fax: (305) 537-7222

Por Favor Imprimir

Advance Directive? Si No

Nombre: _____ Segundo Nombre.: _____ Apellido: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código

Teléfono Local: _____ Teléfono Trabajo: _____ Teléfono Celular: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Seguro Social: _____ Sexo: Hombre Mujer

Dirección de correo electrónico: _____

Estado Civil: Soltera Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Condición de empleo: trabajo desempleado Retirado

Campania De Trabajo: _____ Ocupación: _____

Dirección De Trabajo: _____

Tipo de lesión que usted está recibiendo tratamiento para: trabajo automóvil Deporte Otro _____

Nombre del Seguro Compensación o El Seguro de Automóvil: _____

Dirección Del Seguro:

_____ Calle Ciudad Estado Código

El Justador de Seguro: _____ Teléfono/ Número de fax: _____

Nombre De Seguro primario: _____ Teléfono: _____

Numero De Póliza: _____ Numero De Grupo: _____

Nombre Del Asegurado: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Seguro Social: _____ Relación del Paciente: _____

Nombre De Seguro Secundario: _____ Teléfono: _____

Numero De Póliza: _____ Numero De Grupo: _____

Nombre Del Asegurado: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Seguro Social: _____ Relación del Paciente: _____

Doctor quien lo refirió: _____ Teléfono: _____

Contacto de Emergencia (No en la misma casa): _____ Relación _____

Teléfono: _____ Dirección: _____

Yo, por este medio, doy consentimiento a cualquiera atención medica que se considere conveniente o necesario por mi médico y conceder autoridad a Badia Hand to Shoulder Center, para administrar y realizar todos los exámenes, tratamientos, procedimientos diagnóstico y cirugías necesaria ahora o en el futuro. Yo garantizo el pago de todos los servicios prestados. Todos los Beneficios médicos incluyendo, seguros privados y cualquier otro plan de salud, se asignan a Badia Hand to Shoulder Center. La firma abajo confirma toda la información proporcionada en este documento es verdadera y exacta. Fotocopia de este consentimiento se considera tan válida como la original.

Firma: _____ Fecha: _____