ADVANCED PODIATRY GROUP

RAMIN NADJAFI D.P.M, MS
114 PARK LAKE ST . ORLANDO FL . 32803
T: 407.423.9401 | F: 407.203.4025
WWW.APGPODIATRY.COM

PATIENT INFORMATION

NOMBRE: _____ _____ _____
APELLIDO | NOMBRE DE PILA | INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

FECHA DA NACIMIENTO: _____ _____
AÑOS

GÉNERO: □ M □ F □ DESCONOCIDO

DIRECCIÓN: _____ _____
CIUDAD . ESTADO . CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO #: _____ _____ _____
CASA | TRABAJO | CELULAR

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

NÙMERO SOCIAL #: _____

EMPLEADOR: _____

ESTADO CIVIL: □ Soltero(a) □ Casado(a) □ Viudo(a) □ Divorciado (a) □ Apartado(a) □ Pareja

CONTACTO DE EMERGENCIA : _____

TELÉFONO #: _____

MÈDICO DE CABECERA: _____

TELÉFONO #: _____

¿CÓMO SE ENTERÓ DE LA PRÁCTICA? (un círculo)

Internet/Google_____ Amigo/Familiar_____

Referencia Médica (¿quién?)_____ Compañía de Seguros_____

Facebook_____ Otro_____

Por la presente autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente a Ramin Nadjafi DPM cualquier y todos los gastos médicos y / o quirúrgicos de otro modo pagadero a mí por sus servicios profesionales.

Reconozco que soy personalmente responsable y obligado a Ramin Nadjafi DPM, de cualquier y todos los honorarios quirúrgicos y / o médicos facturados por ellos. En caso de Ramin Nadjafi DPM aceptar el pago directamente de mi compañía de seguros, yo entiendo que soy responsable y responsable por cualquier y todos los gastos deducibles / co-pago de la compañía de seguros. Si en el caso de Ramin Nadjafi DPM están obligados a contratar los servicios de una agencia de abogado / colección para recoger sus cuentas Acepto pagar Ramin Nadjafi DPM, honorarios de DPM arriba hasta e incluyendo los honorarios de apelación.

Una copia de las prácticas de privacidad de nuestra o icina está disponible en la recepción bajo petición.

_____ _____
FIRMA | FECHA