

Fresno Gastroenterology

FOR THE OFFICE STAFF TO COMPLETE:

FC: _____
PCP: _____
HCL: _____

*A member of Community Foundation Medical Group & Part of
Santé Health Foundation*
7095 N. Chestnut, #101, Fresno, CA 93720
Ph. 559-323-8200 Fax: 559-323-9200

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido _____ Nombre: _____ I: _____

Domicillio _____
(calle) (Cuidad) (estado) (Codigo postal)

Fecha de nacimiento: _____ Masculino ___ Femenina ___ Telefono: _____

No. Seguro Social: _____ No. Trabajo: _____ No. Celular: _____

Pariente mas cercano(relacion): _____ No. Telefono: _____

Doctor de cabecera: _____ No. Telefono: _____

Empleado del Paciente: _____ No. Telefono: _____

Nombre de pareja: _____

INFORMACION DEL CORESPONDIENTE

Apellido _____ Nombre: _____ I: _____

Domicillio _____
(calle) (Cuidad) (estado) (Codigo postal)

No. telefono _____ Ocupacion _____

Nombre del empleado: _____ No. Telefono _____

Domicillio _____
(calle) (Cuidad) (estado) (Codigo postal)

no. Seguro Social: _____ Relacion al paciente: _____

Como se entero de nuestra oficina? : _____

Divulgacion: Dr. Ajit Arora, John Abdulian, Dr. Jonathan Myers y Dr. Stephen Davis tienen un interés financiero en el citio de Central California Endoscopy Center.

Cláusula de seguros: Yo entiendo que si esta o cualquier otra visita precede a la fecha de entrada en vigor de mi seguro, o no está cubierto por mi seguro, voy a ser responsable de todos los gastos incurridos como resultado de ésta y todas las visitas posteriores.

Consentimiento de tratamiento: Doy el consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico para el Dr. Ajit Arora y asociados para cuidar de mí o estoy debidamente autorizado por el paciente como su agente general de dar su consentimiento para dicho tratamiento

La asignación de beneficios y pagos: Por la presente autorizo el pago directamente a Community Foundation Medical Group de cualquier tratamiento médico o quirúrgico para mí las prestaciones pagaderas en virtud de las condiciones de mi póliza de servicios prestados.

La liberación de información: Doy consentimiento para liberar a personas autorizadas de información médica y financiera respecto a la atención y el tratamiento y los cargos, por lo tanto, pueden ser necesarios para completar todos los reclamos de beneficios.

(Firma)

(Fecha)