



Peripheral
Vascular
Surgeons

ALAN BERGER, M.D.
VICTOR J. CELANI, M.D.
JAMES J. GOODREAU, M.D.
JAMES L. McCULLOUGH, M.D.

DAVID MEIR-LEVI, D.O.
JOHN F. WELKIE, M.D.
ERIC P. WILSON, M.D.
MONICA MELO, R.N., ACNS-BC

HAS VISTO ALGUNA VEZ USTED ALGUNOS DE NUESTROS DOCTORES ANTES? SI ____ NO ____

Sr. Sra. Miss Ms.

NOMBRE _____
(Last) (First) (Middle)

DIRECCION _____
(Calle) (Apt.# / Rta# / Box#) (Ciudad) (Estado) (Zona)

TELEFONO _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____

OCUPACION _____ TELEPHONO DE TRABAJO # _____

EMPRESARIO _____

NOMBRE DE DOCTOR DE FAMILIA _____ TELEFONO # _____

MANDADO POR QUIEN: _____

PONERSE EN CONTACTO CON CUAL PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA - Nombre _____

Telefono # _____ Direccion _____ Trabajo # _____

PARA QUE RAZON SIRVE ESTA VISITA? _____

HISTORIAL MEDICO	USTED SU	FAMILIA	SU PASADO HISTORIAL MEDICO/CIRUGIAS/INGRESADOS
DIABETES	_____	_____	_____
ALTA PRESION	_____	_____	_____
COLESTEROL	_____	_____	_____
ENFERMEDAD DE CORAZON	_____	_____	_____
HEPATITIS	_____	_____	_____
DERRAME CEREBRAL	_____	_____	_____
ASMA, EMFESEMA	_____	_____	_____
DIFICULTADES CON RESPIRACION	_____	_____	_____
OTROS - (POR FAVOR EXPLICARSE)	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

USTED FUMA? _____ # PPD _____

LISTAR MEDICAMENTOS USTED ACTUALMENTE TOMANDO:

ALERGIAS: _____

LISTAR SEGUROS DE PACIENTE (POR FAVOR PRESENTAR TARJETAS AL TIEMPO DE CITA)

NOMBRE DE COMPANIA DE SEGURO	POSEEDOR(A) DE POLIZA SUSCRIPTOR(A)	NUMERO DE IDENTIFICATION Y NUMERO DE GRUPO
1. _____	_____	ID# _____
	FECHA A PARTIR _____	GROUP# _____
2. _____	_____	ID# _____
	FECHA A PARTIR _____	GROUP# _____

COBERTURA POR MEDICARE, POR FAVOR CONTESTAR

USTED TRABAJA? SI _____ NO _____ SI NO, FECHA DE RETIRO: _____

ESPOSA/ESPOSO TRABAJA? SI _____ NO _____ SI NO, FECHA DE RETIRO: _____

ES CUBIERTO POR SEGURO DE GRUPO DE EMPLEO? SI _____ NO _____

SU PROBLEMA ES RESULTADO POR ALGUN ACCIDENTE? SI _____ NO _____

SI, VEHICULO DE MOTOR? SI _____ NO _____ COMPENSACION DE TRABAJO? SI _____ NO _____

SERA ATRIBUIDO LA RESPONSABILIDAD DE COMPENSACION DE TRABAJO? SI _____ NO _____

SI COMPENSACION DE TRABAJO, TRATAMIENTO AUTORIZADO POR: _____

FECHA DE ACCIDENTE _____

SI ALGUIEN OTRO ES RESPONSIBLE POR PAGO DE SERVICIOS, POR FAVOR DE COMPLETAR:

NOMBRE _____ TELEFONO _____

(Last) (First) (Middle)

DIRECCION _____

RELACION A PACIENTE _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____

OCUPACION _____ TELEPHONO DE EMPLEO _____

EMPRESARIO _____ DIRECCION _____

PODER NOTARIAL _____

Yo por la presente autorizo Peripheral Vascular Surgeons, P.C. a liberar cualquier informacion adquirida en el curso de mi examen o el tratamiento para reclamos al seguro. y autoriza el pago directamente a Peripheral Vascular Surgeons, P.C. de los beneficios quirurgicos y/o medicos, si cualquiera, de otro modo pagadero a mi para sus servicios.

Solicito ese pago de cuidado Medicare autorizado y/o todos beneficios de seguro medico son hechos en mi beneficio a Peripheral Vascular Surgeons, P.C., para cualquier servicio me proporcionaron para sus servicios. Autorizo a cualquier poseedor de informacion medica acerca de mi liberar a la Asistencia Medica que Financia la Administracion (Health Care Financing Administration) y a sus agentes cualquier informacion necesito determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos para servicios relacionados.

Entiendo que soy financieramente responsable de todo cambiado no cubrio por este pago de autorizacion y la garantia de esta cuenta.

(Paciente o Padre si Paciente es Secundario)

(la Fecha)

***POR FAVOR DE COMPLETAR Y TRAER ESTOS DOCUMENTOS A SU HORA CON EL DOCTOR**