

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M F

### **Información de empleo**

Empleador del paciente: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Teléfono trabajo: \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_

### **En caso de emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Cónyuge del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico de familia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

### **Política financiera**

Gracias por elegir NOBESO® para sus necesidades de salud. Nos sentimos honrados de ser de servicio a usted y su familia. Esto es para informarle de nuestros requisitos de facturación y de nuestra política financiera.

Tenga en cuenta que pago se deberá en el momento que se prestan los servicios, a menos que se han hecho arreglos previos. Para su conveniencia, aceptamos VISA, MASTERCARD, cheques, etc. Se aceptan algunas formas de seguro. Por favor consulte su cobertura de seguro con un miembro del personal.

Estoy de acuerdo que debería remitirse a esta cuenta a una agencia o un abogado para la colección, se encargará de todos los costos de colección y honorarios de abogado, costos de corte.

He leído y entendido todo lo anterior y estoy de acuerdo a estas declaraciones.

\_\_\_\_\_  
Firma de los padres o del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha