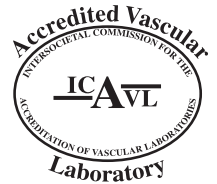




THE VEIN & VASCULAR INSTITUTE OF TAMPA BAY

Thomas M. Kerr, M.D. • Marlene D. Valentin, M.D.
2809 W. Waters Avenue • Tampa, FL 33614 • (813) 348-9088 • (813) 348-9310 Fax



Cuenta # _____ Forma de Información Paciente Fecha: ____ / ____ / ____

*Bienvenidos a nuestra oficina. Por favor complete esta forma y devuélvalo
nuestro recepcionista con prueba de Tarjeta De seguros/de seguros.*

Información Personal

El nombre (por favor imprima): _____
Último *Primero* *MI*

Dirección: _____
Ciudad *Estado* *Silbido (cremallera)*

A casa Telefoee: (____) _____ Sexo: M F Casados Solos Divorciados Enviudados

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: ____ SS#: _____ - _____ - _____

Nombre de Patrón: _____

Dirección de Patrón: _____ Teléfono de Trabajo #: (____) _____

El Nombre del Esposo: _____ El Patrón del Esposo: _____

Dirección de Patrón: _____ Teléfono de Trabajo #: (____) _____

SS del Esposo #: _____ - _____ - _____

Mandado por: _____ Teléfono #: (____) _____

Información de Seguros

Seguro Primario: _____ Dirección De Seguros: _____

Política #: _____ Grupo #: _____

Nombre de los Asegurado: _____

Seguro Secundario: _____ Dirección De Seguros: _____

Política #: _____ Grupo #: _____

Información Médica

Medicaciones Corrientes: _____

Alergias a Medicación: _____

¿Ha tenido el paciente el tratamiento o rayos X? ¿____ Si ____ No Con Quien?: _____

Razón de visita: _____

Si la herida, describa como, cuando y donde el paciente fue perjudicado: _____

Persona local para ponerse en contacto en caso de urgencia (No viviendo con usted):

Nombre: _____ Teléfono #: (____) _____

Liberación y Asignación

Por la presente autorizo a **Thomas M. Kerr, M.D.** para liberar mi expediente médico a las empresas de seguros que cubren la enfermedad/herida para cual he sido tratado. Más lejos, autorizo dijo empresas de seguros para publicar(emitir) el pago directamente a **Thomas M. Kerr, M.D.** para cualquier reclamación se rindió. Entiendo que soy personalmente responsable de cualquier equilibrio no pagado por mi seguro.

Firma de Paciente/Garante: _____ Nombre Paciente: _____