

SRINO BHARAM, M.D., P.C.

BOARD CERTIFIED ORTHOPEDIC SURGEON

130 East 77th Street
Black Hall, 8th Floor
New York, NY 10075
TEL (212) 691-3535
FAX (212) 691-6370

REGISTRACION DEL PACIENTE

RECOMENDADO POR: _____

OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA VISTOS EN NUESTRA OFICINA: _____

ALERBIAS A ALBUNA DROGA: _____

APELLIDO*: _____ PRIMER NOMBRE*: _____ SEGUNDO NOMBRE: _____

NUMERO SOCIAL*: _____ FECHA DE NACIMIENTO*: _____ EDAD: _____

NO. DE LICENCIA Y ESTADO: _____

DIRECCION (PERMANENTE): CALLE: _____ NO. DEL APTO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

NO. DE TELEFONO: _____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____ NO. DE DEPENDES: _____

EMPLEADO POR: _____ DIRECCION: _____

OCUPACION: _____ NO. DE TELEFONO: _____

NOMBRE DEL: _____ CONYUGAL: _____

DIRECCION DEL EMPLEADO: _____ NO. DE TELEFONO: _____

OCUPACION: _____

DIRECCION TEMPORAL: _____

POR CASO DE EMERGENCIA, UN FAMILIAR O AMISTAD CERCANO: _____

RELACION: _____ NUMERO DE TELEFONO: _____

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIANTE LEGAL _____

RESPONSABLES DE LA CUENTA

SI EL PACIENTE NO ES RESPONSABLE DE LA CUENTA, POR FAVOR INDIQUE QUIEN ES RESPONSABLE

NOMBRE: _____ RELACION: _____

NO. DE TELEFONO: _____ DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

OCUPACION: _____ NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____ NO. DE TELEFONO: _____

NUMERO SOCIAL Y NO.: _____

DE LICENCIA DE LA PERSONA RESPONSABLE: _____

INDIQUE EL METODO DE PAGO POR LA VISITA DE HOY: CHEQUE EFECTIVO: O OTRO

SRINO BHARAM, M.D., P.C.

BOARD CERTIFIED ORTHOPEDIC SURGEON

154 W. 14TH STREET, FOURTH FLOOR
NEW YORK, NY 10011
TEL (212) 691-3535
FAX (212) 691-6370

SE REQUIERE PAGO POR EL SERVICIO O EXAMENES QUE SE LE HAYGAN DADA EL DIA DE LA VISITA. AL REQUIRIR EL PAGO, NOS AYUDARA MANTENER EL COSTO DEL SERVICIO BAJO.

ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE POR TODOS LOS PAGOS DE LA CUENTA QUE INCLUYEN POR PARTE DE MI Y DE MI FAMILIA. SIN HACER CASO DE LOS BENEFICIOS DE LA ASEGURANZA.

FECHA: _____ FIRMA DEL RESPONSABLE: _____

NINGUN PACIENTE PODREA SER VISTO HASTA QUE LA FORMA ESTE COMPLETA

NOMBRE Y LOCAL DE FARMACIA

NOMBRE: _____ DIRECCION: _____ TELEFONO: _____

