



NM Cardiac Care, P.C.

Providing Comprehensive Cardiovascular Care,
Interventional Cardiology
and Peripheral Vascular Intervention



Craig F. Cannon, M.D.
Board Certified in Cardiovascular Disease
and Interventional Cardiology,
Peripheral Vascular Intervention

Axel Zagler, M.D.
Board Certified in Cardiovascular Disease,
Interventional Cardiology and
Echocardiography

NOMBRE DE PACIENTE: _____ TELEFONO _____

DOMICILIO: _____ ESTADO CIVIL _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ ZONA POSTAL _____ SEXO _____ H _____ M

NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

LUGAR DE EMPLEO _____ TELEFONO DE EMPLEO _____

DOMICILIO DE EMPLEO _____

NOBRE DE ESPOSO(A) _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DE ESPOSO(A) _____

LUGAR DE EMPLEO DE ESPOSO(A) _____

NUMERO DE TELEFONO _____

EN CASO DE EMERGENCIA NOMBRE DE PERSONA A CONTACTAR _____

NUMERO DE TELEFONO _____ RELACION DEL PACIENTE _____

INFORMACION DE EL SEGURO

PRIMARIO _____ NUMERO DE POLIZA _____

SECUNDARIO _____ NUMERO DE POLIZA _____

ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO (INDEPENDIENTEMENTE DE MI SEGURO MEDICO). QUE YO SOY EL RESPONSABLE DE EL BALANCE DE MI CUENTA POR SERVICIOS PROFESIONALES QUE HAYA RECIBIDO. ESTOY ENTERADO DE LA INFORMACION EN ESTE DOCUMENTO Y HE CONTESTADO LAS PREGUNTAS. CERTIFICO QUE ESTA INFORMACION ES CORRECTA Y VERDADERA. LES NOTIFICARE DE CUALQUIER CAMBIO EN EL ESTADO DE MI SALUD O CUALQUIER OTRA INFORMACION. AUTORIZO EL PAGO DE MI SEGURO MEDICO A CARDIOLOGY CARE CONSULTANTS POR SUS SERVICIOS. TAMBIEN AUTORIZO QUE MI INFORMACION QUE MI INFORMACION MEDICA Y DATOS ADMINISTRATIVOS LE SEA PROVEIDA A MI COMPANIA DE SEGUROS.

SE ESPERA EL PAGO DE LA CUENTA AL TIEMPO DEL SERVICIO.

X FIRMA: _____ FECHA: _____

POR FAVOR INCLUIR SUS TARJETAS DE ASEGURANZA CON ESTA FORMA Y REGRESE A LA RECIPIONISTA PARA HACER COPIAS. GRACIAS.