

Manoj Khatore, M.D., F.A.C.C.

1901 Outlet Center Drive #260 • Oxnard, CA 93036 • (805) 604-1824

Datos Del Paciente

Informacion Del Paciente (Favor de escribir en letra de molde)

Nombre _____
Domicilio _____
Ciudad _____ Código Postal _____
No. Teléfono De Casa _____ De Cell _____
Fecha de Nacimiento _____ Sexo M F
Estado Civil S C D V
No. Seguro Social _____ / _____ / _____
Empleo _____
Dirección _____

No. de Trarajo _____
No. de Licencia _____
Recomendado(a) por: _____
email _____

Persona Responsable por Los Pagos

Nombre _____
Domicilio _____
Ciudad _____ Código Postal _____
No. Teléfono De Casa _____
Fecha de Nacimiento _____ Sexo M F
Parentesco del Paciente _____
No. Seguro Social _____ / _____ / _____
Empleo _____
Dirección _____

Emergencia Notificar

Nombre _____
No. Teléfono _____

Datos del Seguro (Primario)

Nombre del Asegurado _____
Parentesco del Paciente _____
Compañía de Seguro _____
No. de Identificación del Asegurado _____
Número de Grupo _____
Copago por Visita _____

Datos del Seguro (Secundario)

Nombre del Asegurado _____
Parentesco del Paciente _____
Compañía de Seguro _____
No. de Identificación del Asegurado _____
Número de Grupo _____
Copago por Visita _____

Autorizacion Para Pagar Beneficios al Doctor

Yo autorizo a mi compania de seguros a pagar mis beneficios directamente a la doctor Manoj Khatore. Y es acordado y entendido que yo soy responsable financieramente por los cobros en caso de que mi compania de seguros no cubra los costos de la Dr. Khatore.

Exoneración De Los Datos Médicos

Autorizo la exoneración de toda información médica necesaria para el procesamiento de cualquier reclamo al seguro.

Forma de Pago

Se requerida pago en efectivo o prueba de seguro al tiempo del la vista. Su copago debe ser hecho antes de ver al doctor.

Firmado _____

Fecha _____