

# 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 \_\_\_\_\_