



INTERNAL MEDICINE & CARDIOLOGY
BRONX MEDICAL-CARDIAC, PLLC.

Gurkan Taviloglu, M.D., FACC, FACP, FCCP

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha: _____ SS# _____

Paciente: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Direccion: _____ Ciudad _____

Estado: _____ Zona postal: _____ fecha de nacimiento : _____
Age: _____

Sexo: M / F Marital Status: Soltero(a)/ Casado(a) / Divorciado(a) / Viudo(a)

Telefono: _____ Celular: _____ la mejor hora de llamar: _____

Occupation: _____ Nombre del trabajo: _____

Direccion del trabajo: _____ Telefono del trabajo _____

Como supo de nosotros? _____

PERSONA PARA LLAMAR EN CASO DE UNA EMERGENCIA

Nombre _____ Relacion _____

Numero de telefono _____ Celular _____

Nombre del doctor que lo refirio _____ Numero de telefono _____

SEGURO MEDICO

Persona responsable del seguro _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Relacion al paciente: _____ fecha de nacimiento: _____

Numero de Seguro Social _____

Direccion si Diferente: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Seguro medico: _____ # de ID _____ Group # _____

de Medicare _____ # de Medicaid _____

Cual es la razon de su visita hoy? _____



INTERNAL MEDICINE & CARDIOLOGY
BRONX MEDICAL-CARDIAC, PLLC.

Gurkan Taviloglu, M.D., FACC, FACP, FCCP

AUTORIZACION PARA EL SEGURO MEDICO

Autorizo el uso de este documento para cobrar a mi seguro medico todo servicio que se me haya realizado y que el pago vaya directamente al Doctor Gurkan Taviloglu. Entiendo que si mi seguro medico no realiza los pagos para cubrir mis servicios medicos yo sere responsable de la cantidad correspondiente asi como todos los copagos y deducibles.

Tambien autorizo el permiso correspondiente a la oficina de el Doctor Gurkan Taviloglu para dar cualquier informacion necesaria a mi seguro medico para obtener el pago correspondiente por parte de mi seguro medico.

Este documento estara vigente hasta que mi tratamiento medico concluya.

NOMBRE: _____

SEGURO SOC.# _____

FIRMA: _____

TESTIGO: _____

FECHA: _____