

Vishal Gandotra M.D INC
Registracion Del Paciente

Nombre: _____ Seguro Social: ____/____/____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: M/F Estado Civil: _____
Domicilio: _____
(Calle) (ciudad/estado/codigo postal)
de telefono: _____ Celular: _____ Trabajo: _____
Lugar de trabajo: _____ Domicillio: _____
Contacto en caso de emergencia: _____ # de Telefono: _____
Domicilio: _____ Relacion: _____
(Calle) (ciudad/estado/codigo postal)
Quien te refirio a esta oficina?: _____

Informacion Del Seguro Medico Primario

Nombre del seguro: _____ Nombre del asegurado: _____
Domicilio del seguro: _____ # de telefono _____
Numero de poliza: _____ Numero de Grupo: _____
Fecha de nacimiento del asegurado: _____ Relacion: _____

Informacion Del Seguro Medico Secundario

Nombre del seguro: _____ Nombre del asegurado: _____
Domicilio del seguro: _____ # de telefono _____
Numero de poliza: _____ Numero de Grupo: _____
Fecha de nacimiento del asegurado: _____ Relacion: _____

Correspondencia de pagos. Yo por este medio autorizo a Vishal Gandotra M.D a procesar el costa total por el servicio ofrecido dicho dia, tambien me hago responsable de pagar cualquier balance que mi seguro medico no haya pagado.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____
Nombre del padre o guardian: _____ Firma: _____



VISHAL GANDOTRA M.D

5701 West Charleston Blvd #102
Las Vegas NV 89146
Phone: 702-877-9514
Fax : 702-307-3489

Póliza de Colección

Nombre del Paciente: _____

Yo, estoy de acuerdo y me hago responsable por todos los cobros sin importar la cobertura del seguro medico. En el momento que deje de pagar mi cuenta y sea mandada al servicio de colección, yo estoy de acuerdo a pagar todas mis deudas de colección y cobros legales que se puedan agregar a mi cuenta.

Regresos de cheques: se le agregara un cargo a su cuenta de \$25.00 dólares por hacer pagos con una cuenta de cheques sin fondos. Si usted vuelve a pagar con una cuenta de cheques sin fondos por segunda vez, se puede mandar al servicio de colección para recuperar el pago.

Firma del Paciente o Persona Responsable

Fecha

Firma del Testigo

Fecha