

Cardiovascular Specialists of Frederick,
 LLC
 180 Thomas Johnson Drive Suite 202
 Frederick, MD 21702
 301-631-6877

John A Vitarello, M.D., F.A.C.C.
 Edward P. Riuli, M.D., F.A.C.C.
 Nirmal K. Shah, M.D., F.A.C.C.
 Aimee Park, M.D., F.A.C.C.
 Stephen G. Williams, M.D., F.A.C.C.

Sunil Sinha, M.D., F.A.C.C.
 Maya J. Salameh, M.D.
 Anwar K. Malik, M.D., F.A.C.C.
 Bhavin M. Patel, D.O.

REGISTRO DEL PACIENTE
 POR FAVOR IMPRIME CLARAMENTE

Nombre Del Paciente			Por Favor Circule Uno: Hombre Mujer	Fecha de Nacimiento	Edad	Número de Seguro Social del Paciente	
Primer	Penúltimo	Ultimo					
Dirección			Ciudad		Estado	Código Postal	
Dirección de Correo Electrónico			Teléfono de Casa		Teléfono del Trabajo		Teléfono Celular
Empleador del Paciente			Dirección de Empleo			Ocupación	
Contacto de Emergencia				Relación con el Paciente		Número de Contacto en caso de Emergencia	
Nombre de la Persona Financieramente Responsable				Dirección de la Persona Responsable		Número de Telefono	
Primer	Penúltimo	Último					
Raza	Origen Étnico	Idioma	Nombre del Médico de Atención Primaria			Número del Médico de Atención Primaria	

Información del Seguro

Nombre y Dirección de la Compañía de Seguro Primaria		Titular de la Póliza (Circule Uno) Primario Cónyuge Padre	Número de la Póliza	Número del Grupo
Nombre del Titular de la Póliza	Seguro Social del Titular de la Póliza	Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza	Nombre del Grupo (Empleador)	
Nombre y Dirección de la Compañía de Seguros Secundaria		Titular de la Póliza (Circule Uno) Primario Cónyuge Padre	Número de la Póliza	Número del Grupo
Nombre del Titular de la Póliza	Seguro Social del Titular de la Póliza	Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza	Nombre del Grupo (Empleador)	

PATIENT'S AUTHORIZATION

Yo, _____, autorizo a los Especialistas en Cardiovascular de Frederick, LLC a revelar cualquier información necesaria, incluyendo la información médica que pueda ser necesaria para solicitar el reembolso de la reclamación a cualquier compañía a quien se hayan presentado reclamos. Permito que una copia de esta forma, mi autorización de seguro para ser utilizado en lugar del original. Esta autorización puede ser revocada por mí o por el transportista arriba mencionado en cualquier momento por escrito.

Yo certifico que la información que he informado sobre mi cobertura de seguro es correcta. También asigno el pago de la reclamación a ser pagado a los Especialistas Cardiovasculares de Frederick, LLC.

Yo entiendo que si cualquier saldo impagado requiere una acción legal (abogado y/o honorarios de la corte) para cobrar este saldo, seré responsable de todos los costos de abogado y/o tribunal.

Firma del Paciente o Persona Autorizada _____ Fecha _____

Último Revisado en 06/19/15