

WASHINGTON HEIGHTS UROLOGY, PC

286 Ft. Washington Avenue
New York, NY 10032
212-781-9696

Fecha: _____ SSN: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Apt. _____

Estado _____ Zona Postal _____

Correo Electronico: _____

Estado Civil: _____ Raza: _____

Doctor Primario: _____

Origen Étnico: _____ Idioma de Preferencia: _____

Farmacia de referencia: _____

ASIGNACION DE BENEFICIO

De acuerdo a los servicios prestados, por este medio autorizo al Proveedor y/o persona designada a recibir pagos por servicios medico. Yo entiendo que soy responsable por balances que no sean cubiertos por mi seguro medico. Dichos gastos que no sean pagados por mi negligencia, al no proveer información correcta o el Referido de mi medico primario. También entiendo, que seré responsable por gastos legales que puedan surgir si mi seguro no paga por los gastos de servicios medico. Por este medio también autorizo a mi proveedor a mandar información médica cuando sea necesario para determinar pagos.

Patient's Signature

Date

Parent's Signature (if patient a minor)

WASHINGTON HEIGHTS UROLOGY, PC

286 Ft. Washington Avenue

New York, NY 10032

212-781-9696

❖ ***Poliza de la oficina: Para cancelaciones deben notificar 24 horas antes o de lo contrario tendrán un cargo de \$25.00 dolares.***