

Carlos E. Spera M.D.
Plastic and Reconstructive Surgery

The Crexent Business Center
12575 Orange Drive # 303
Davie, FL 33330
(954) 577-8585

Palm Springs Center
1840 West 49 Street # 411
Hialeah, FL 33012
(305) 698-0070

8700 Flagler Building
8700 West Flagler Street # 350
Miami, FL 33144
(305) 552-5259

INFORMACION DEL PACIENTE

ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO Y FIRMADO

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ LOS ULTIMOS 4 NUMEROS DEL SS # _____

TELEFONO _____ CELULAR _____ Email _____

DIRECCION _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP CODE _____

DE LICENCIA DE CONDUCIR _____ (Copia de identificasion con foto es necesaria)

DIRECCION PERMANENTE (distinta a la mencionada) _____

CENTRO DE TRABAJO _____ DIRECCION _____ TELEFONO _____

NOMBRE DE ESPOSO/A _____ OCUPACION _____ TELEFONO _____

PERSONA PARA CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA Y/O SI USTED NO ES CAPAZ DE TOMAR

DECISIONES MEDICAS: _____ RELACION: _____ TELEFONO (trabajo) _____

TIENE USTED INSTRUCCIONES POR ADELANTADO DEL SISTEMA DE SANIDAD?: SI: _____ NO: _____

DE SER SI, EXPLIQUE: _____

DOCTOR GENERAL _____ TELEFONO _____

COMO FUE REFERIDO/A A ESTA OFICINA? _____

PROCEDIMIENTO (S) DE INTERES _____

EN CASO DE QUE SE LE COBRE A MI SEGURO DE SALUD, YO AUTORIZO AL DR. SPERA PARA QUE SOMETA EL FORMULARIO DE RECLAMO AL SEGURO DE SALUD, A QUE RELEVE CUALQUIER INFORMACION MEDICA NECESARIA PARA PAGAR EL RECLAMO, Y A RECIBIR EL PAGO. EL DR. SPERA ESTA DE ACUERDO EN ACEPTAR CUALQUIER CARGO DE DETERMINACION DEL SEGURO DE SALUD COMO EL CARGO COMPLETO, Y EL PACIENTE ES SOLAMENTE RESPONSABLE POR SERVICIOS DEDUCIBLES, CO-SEGURO Y SERVICIOS QUE NO SON CUBIERTOS. YO ENTIENDO QUE SI POR CASUALIDAD YO RECIBO ALGUN PAGO DE MI SEGURO DE SALUD POR LOS SERVICIOS REALIZADOS, YO SOY RESPONSABLE DE MANDAR ESE PAGO AL DR. SPERA.

FIRMA DEL PACIENTE (o representante legal)

FECHA