



# Ventura Pulmonary and Critical Care Medical Group

168 Brent Street, #503, Ventura, CA 93003 | (805) 653-6371

- Thomas Brugman, M.D. FCCP
- John Handley, M.D. FCCP
- Jonathan Lamee, M.D. FCCP
- Madison Sweet, M.D.

- Robert Bernstein, M.D. FCCP
- Amir Arfaei, M.D. FCCP
- Gordon Pelegrin, M.D. FCCP
- Jerome De Vera, D.O

## **Registro De Nuevo Paciente**

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Ciudad / Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Hombre ( ) Mujer ( )

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del médico referencia \_\_\_\_\_

Número Teléfono de referencia \_\_\_\_\_

**AUTORIZO A LOS MEDICOS NOMBRADOS ANTERIORMENTE POR SUS SERVICIOS  
COMO SE DESCRIBE EN LA RECLAMACION ADJUNTA.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*\*Por favor pase esta página y completa la segunda página\**

### **Política Financiera**

Por la presente autorizo el tratamiento de los médicos de la crítica y pulmonar Medical Group Ventura.

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los honorarios y gastos de dicho tratamiento, independientemente de la cobertura de mi seguro médico.

Es mi responsabilidad de entender los términos y limitaciones de la cobertura de mi seguro médico. Debo proporcionar la información del seguro médico precisa, completa, oportuna y actualizada a Ventura pulmonar. Si no se proporciona esta información constituye una infracción y siendo responsable de todos los gastos médicos pertinentes. Es mi responsabilidad ver que reclaman las prestaciones.

Autorizo Ventura pulmonar para proporcionar a mi compañía de seguro médico (s) toda la información médica necesaria para procesar mi reclamo.

Yo asigno irrevocablemente al médico / Ventura pago pulmonar por todos los servicios médicos y los saldos pendientes de pago. Autorizo a las copias de esta autorización para ser utilizado en lugar de la original.

Si mi cuenta se remite a un abogado o agencia, estoy de acuerdo en pagar todos los honorarios y gastos razonables de cobro. Esta autorización permanecerá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito.

### **Acuse de Recibir el Aviso de Prácticas de Privacidad**

Yo reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad. Este documento explica las políticas de Ventura Pulmonar y Cuidados Críticos Medical Group perteneciente al uso y divulgación de información médica.

---

Imprimir Nombre

---

Firma

---

Fecha