

# HARRY B. KRAM, M.D., F.A.C.S., F.C.C.M.

VASCULAR, ENDOVASCULAR AND GENERAL SURGERY

**TORRANCE**

3445 PACIFIC COAST HWY.  
SUITE 230  
TORRANCE, CA 90505-6660  
OFFICE: (310) 326-3800  
FAX: (310) 326-3870

**DOWNTOWN L.A.**

1400 S. GRAND AVE.  
SUITE 815  
LOS ANGELES, CA 90015-3048  
OFFICE: (213) 749-5347  
FAX: (213) 749-5348

**INFORMACION DEL PACIENTE**

FECHA \_\_\_\_\_

Sr.

Sra.

Sta.

EDAD \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

SEGUNDO \_\_\_\_\_

APELLIDO \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

SOLTERO/A

CASADO/A

SEPARADO/A

DIVORCIADO/A

VIUDO/A

NOMBRE DEL GUARDIAN

(SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD) \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

CALLE \_\_\_\_\_

APT \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_

POSTAL \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO \_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO \_\_\_\_\_

NUMERO DE CELULAR \_\_\_\_\_

NUMERO DE LICENCIA \_\_\_\_\_

PACIENTE EMPLEADO POR \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE ESPOSO/A \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

SEGUNDO \_\_\_\_\_

APELLIDO \_\_\_\_\_

ESPOSO/A EMPLEADO

POR \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

REFERIDO POR \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO

DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

**ASIGNACION DE BENEFICIOS:**

Yo asigno todo los beneficios de aseguransa al Dr Harry B. Kram. Estoy de acuerdo que soy responsable por todo los cargos financieros aunque si o no sean cuviertos por mi aseguransa. Comprendo que la oficina del Dr. Kram no es responsable de estar pendiente de todo los beneficios y dectuctibles que mi aseguransa requiere. Yo autorizo que el doctor tiene derecho a disponer toda la información necesaria para obtener pago de mi aseguransa. Yo doy consentimiento para examinacion, tratamiento y cobros a la aseguransa. Yo autorizo que recados de confirmacion de cita sean dejados con cualquier familiar o en mi maquina de mensajes en el ivento que yo no me encuentre en casa.

TODO EN ACUERDO CON LAS REGLAS DE LA ASOCIACION HIPPA.

FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**RECONOSIMIENTO O RECIBO DE NOTIFICACION DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

YO E RECIBIDO UNA COPIA DE LA NOTIFICACION QUE DISPONE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE ESTA PRACTICA MEDICA. ENTIENDO QUE UNA COPIA DE ESTA NOTIFICACION SERA VISIBLE EN LA ARIA DE ESPERA Y QUE YO SERA OFRECIDO/A OTRA COPIA SI HAIGA ALGUN CAMBIO.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
PACIENTE/GUARDIAN

PRINT NAME: \_\_\_\_\_

**SI NO ES FIRMADO POR EL PACIENTE, POR FAVOR EXPLIQUE:**

RELACION CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

**Haga una lista de los medicamentos que esté tomando:**

**Alérgico a algún medicamento?**