

HISTORIA Nº:

TRATAMIENTO / TREATMENT:

FECHA / DATE:

* Por favor rellenar todos los campos con asterisco / Required fields to be completed:

* APELLIDOS / SURNAME

* NOMBRE / NAME:

* DIRECCIÓN / ADDRESS:

* CÓDIGO POSTAL /
POST CODE:

* CIUDAD / CITY:

* PAÍS / COUNTRY:

* TFNO. / PHONE Nº:

* MÓVIL / MOBILE:

* EMAIL:

* FAX:

* D.N.I. / PASSPORT Nº:

* FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH:

* SEXO / SEX:

*FAMILIA RESPONSABLE / NEXT OF KIN:

* TFNO. / PHONE Nº:

* MÓVIL / MOBILE:

NOMBRE DEL MÉDICO REMITENTE / REFERRAL DOCTOR :

Firma / Signature

SEGURO / INSURANCE:

Privado / Private

Mills & Mills

COMPañÍA / COMPANY:

SANITAS BUPA AXA PPP EXETER OTHER
(Please specify)

TIPO DE POLICA / POLICY TYPE:

Nº DE PÓLIZA / POLIZA Nº:

FORMA DE PAGO / PAYMENT DETAILS:

Efectivo / Cash

Tarjeta de Crédito / Credit Card

Tipo / Type:

Número / Nº

Fecha de Caducidad / Exp. Date:

1. Las consultas médicas deberán ser abonadas a la finalización de las mismas. / All consultations are to be paid upon completion.

2. Como garantía de pago, los pacientes asegurados firmarán una boleta de autorización de cargos por el importe de la factura remitida a su compañía aseguradora. En caso de no recibir el pago completo de la misma, el importe pendiente será cargado a la tarjeta de credito del paciente, previa notificación al mismo. El establecimiento quedará en posesión de una copia de dicha boleta, siendo entregada una segunda al paciente. / As payment guarantee, a copy of your credit card details will be taken. This authorization will cover the full amount invoiced to your insurance company. No charge will be made without previous notification to the patient.

Firma / Signature