

Z&Z MEDICAL ASSOCIATES, P.A.
5959 HARRY HINES BLVD., SUITE 904
DALLAS, TX 75235

Phone: 214-879-7800

Fax: 214-879-7808

Dr. Alfred G. Zevallos

Dr. Berto M. Zamora

Date/Fecha: _____

Chart No: _____

Name/Nombre: _____

Last/Apedillo

First/Primer Nombre

M.I/Inicial

Address/Domicilio: _____

Street/Calle

City/Ciudad

Estate/Estado

Zip Code/Codigo Postal

Phone/Telefono: Home/Casa: _____ Work/Trabajo: _____

Cell/Celular: _____ E-mail/Correo Electronico: _____

DOB/Fecha de Nacimiento: ____/____/____ SS#/Seguro Social: _____

Sex/Sexo: M F Marital Status/Estado Civil: _____

Employer/Empleador: _____ Occupation/Ocupacion: _____

Address/Direccion: _____

Name of Emergency Contact/Nombre para Contacto en Emergencia: _____

Relationship/Relacion: _____

Address/Direccion: _____

Phone #/Telefono: _____ (Cell) (Home) (Work)

Insurance Name/Nombre de su Aseguranza: _____

Insured Person/Personal Asegurada: _____

DOB(Insured) Fecha de Nacimiento de la persona asegurada: _____

ID#: _____ Group No: _____

INSURANCE AUTHORIZATION/ASSIGNMENT OF MEDICARE LIFETIME AUTHORIZATION

I authorize Z&Z Medical Associates, P.A. to provide medical treatment and release information pertaining to my treatment for insurance purposes. I hereby request that payment under the medical insurance program be made either to me or to Z&Z Medical Associates, P.A. for charges therein. I certify that the above information is correct and **understand that I am responsible for all bills regardless of insurance coverage of any kind.** A photocopy of this assignment is to be considered as valid as the original.

Yo autorizo a Z&Z Medical Associates, P.A. proveer tratamiento medico, obtener y/o dar informacion relacionada a mi condicion medica para proposito de mi póliza de seguro medico. Por la presente, yo autorizo que los pagos del plan de seguro se hagan a nombre mio o de Z&Z Medical Associates, P.A. Tambien certifico que la informacion aqui mencionada es correcta y entiendo que **soy responsable de todos los cargos.** Una copia de esta autorizacion debe ser considerada valida como la original.

Signature: _____ Date: _____