Dermatology Southwest
M. Basem Chaker, M.D.

Información del Paciente

Fecha: _____

Nombre: _____
Apellido Nombre Inicial

Dirección: _____
Numeración y Calle Ciudad Código Postal

Numero de Teléfono ( ) _____-_____ # de Trabajo ( ) _____-_____

Numero de Celular ( ) _____-_____ # Alternativo ( ) _____-_____

Numero de Seguro Social_____-_____-_____

Fecha de Nacimiento_____-_____-_____ Origen de Sexo: ____F ____M
Mes Día Ano

Es: Soltero/a_____Casado/a_____Divorciado/a_____Viudo/a_____

Medico quien lo refirió: _____
Nombre # de Teléfono

Nombre y número de teléfono de alguien que no vive con usted en cazo de una emergencia:

_____
Nombre y Apellido # de Teléfono

Aseguransa Primaria: _____

De Póliza_____ # de Grupo: _____

Nombre del portador de la póliza: _____Parentesco: _____

Fecha de nacimiento: _____-_____-_____

#de Seguro Social: _____-_____-_____

Aseguranza Secundaria: _____ (Si aplicable)

Yo autorizo tratamiento para cualquier condición presente o futura que el doctor diagnostique, entiendo que para cualquier condición que este mas allá de su especialidad, yo seré referido/a al especialista apropiado. Autorizo que se de información medica, necesaria para procesar un cobro por servicios provistos, entiendo que mi expediente no será acoplado sin mi consentimiento escrito. Comprendo que soy responsable por los cargos monetarios que no cubra mi aseguranza y que mi expediente después de cinco anos de inactividad.

_____
Firma del paciente /Guardián del Paciente