

Información del Paciente

8733 Beverly Blvd., Ste 408, West Hollywood, CA 90046 t:310-295-2255 f:
310-657-4950

Favor de escribir sus respuestas y firmar abajo

Nombre: _____ No. de ID: _____ Genero: M H
Estado Civil: C S V D

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Código Postal: _____

Telefono: _____ Cel: _____ Pharmacia: _____

Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____
Edad: _____

Empleador: _____ No. de
teléfono: _____

Aseguranza
Medica: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Código Postal: _____

Contacto en caso de emergencia:

Nombre: _____ Teléfono: _____
Relación: _____

Alergias: _____

*Nota, su aseguranza es un contrato entre usted, su empleador, y su aseguranza. Nosotros NO somos parte de ese contrato.

Yo entiendo y estoy de acuerdo que independientemente de mi estado de aseguranza, yo soy responsable por el balance a mi cuenta por los servicios profesionales que recibo. Se añadiría 1.5% de interés por mes y una tarifa del 30% por cuentas pasadas. He leído la información y he completado las respuestas. Certifico que la información es cierta y correcta a lo mayor de mi conocimiento.

Firma _____

Fecha _____