

Damian D. García, M. D. no acepta ningún seguro. El pago se espera en el momento del servicio. Si necesita presentar una reclamación con su seguro, solicite un recibo detallado a la recepción.

Información del paciente

Nombre del paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo: Masculino Femenino

Raza / origen étnico _____ Lenguaje _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono # de trabajo _____ # de casa _____ # de celular _____

Dirección de correo electrónico _____ Licencia de conducir # _____ Estado _____

¿Podemos enviarle correos electrónicos de recordatorio? Sí No **¿Mensajes de texto?** Sí No

¿Cómo se enteró del Dr. García? _____

Empleador _____

Dirección de trabajo _____

Estado Civil: Casado Soltero Viudo Divorciado

Nombre del esposo (si es aplicable) _____

Contacto de emergencia _____

Información Financiera y Seguros

Persona responsable o asegurado principal _____ Relacion a Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Licencia de conducir # _____ Estado _____

¿Tienes Medicare? Si No Nombre de Compañía de Seguro _____

Identificación # _____ Grupo # _____

Dirección y Teléfono # de seguro _____

Si alguna vez ha cambiado la información anterior, por favor informe a la recepción. Por favor, tenga sus tarjetas de seguro y de identificación listas, así que podemos copiarlos .

Rev. 02/2017