

Fecha hoy \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social 000-00-\_\_\_\_ \_

Fecha de Nacimiento \_\_mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_ 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

¿Podemos enviarle mensajes de texto y de correo de voz? Sí No

¿Podemos obtener información de sus prescripciones directamente de la farmacia? Sí No

Farmacia preferida

Nombre de farmacia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

¿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 \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### Información Financiera y Seguros

Persona responsable o asegurado principal \_\_\_\_\_ Relacion a Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Licencia de conducir # \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

¿Tienes seguro? Si No ¿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. 05/2022