

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