

Brian O'Carroll, DPM

911 Oak Park Blvd, Ste 106, Pismo Beach, CA 93449 t: (805) 481-9100 f: (805) 481-9199
1525 E Main St, Ste B, Santa Maria, CA 93454 t: (805) 354-7990 f: (805) 354-7009

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente (Apellido): _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Sexo: ☐ M ☐ F Fecha de nacimiento: _____ Núm. de Seguro Social: _____

Oficina preferida: ☐ Oficina de Pismo Beach ☐ Oficina de Santa María

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Tel. de casa: _____ Celular: _____ Tel. del trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono preferido: ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular

☐ Consiento que dejen mensajes sobre mi atención o saldo

Estado civil: ☐ Casado/a ☐ Soltero/a ☐ Viudo/a ☐ Pareja ☐ Otro

Empleador: _____ Ocupación: _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____ Relación: _____

Tel. de casa: _____ Celular: _____

SEGURO MÉDICO

Compañía de seguro PRIMARIO: _____ Núm. de ID: _____ Núm. de grupo/póliza: _____

Compañía de seguro SECUNDARIO: _____ Núm. de ID: _____ Núm. de grupo/póliza: _____

Si alguien que no sea el paciente es responsable del pago (por ejemplo, en el caso de un menor), esa persona se llama Garante. Por favor, proporcione la información del GARANTE a continuación.

Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del garante (Apellido): _____ Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Tel. de casa: _____ Tel. del trabajo: _____ Celular: _____

Asignación de beneficios: Por la presente autorizo a mi(s) compañía(s) de seguros, incluido Medicare, a emitir el pago directamente al proveedor mencionado anteriormente por los servicios médicos y suministros asociados. Entiendo que soy responsable de los montos no cubiertos por el seguro, incluidos copagos, deducibles y artículos no cubiertos.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____