

REN Dermatology & LASER CENTER

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES

Primer Nombre Legal: _____ Apellido Legal: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Hombre: _____ Mujer: _____ Otros: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo electrónico: _____

Seguro Social (necesario para fines de facturación y seguros): _____-_____-_____

Teléfono de casa: (_____) _____ - _____ Celda Teléfono: (_____) _____ - _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono #: (_____) _____ - _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono #: (_____) _____ - _____

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA DE SEGURO

Compañía de seguros: _____

Nombre del titular principal de la póliza (*unas escrita en la tarjeta del seguro*): _____

Fecha de nacimiento del titular principal de la póliza: ____/____/____

Relación con el paciente: _____

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nombre del proveedor: _____ Teléfono #: (_____) _____ - _____

Nombre de la práctica: _____ Fax #: (_____) _____ - _____

¿Cómo se enteró de nosotros? Médico: _____ Amigo/Familia: _____ Redes sociales: _____

Otros: _____