

Dr. Jan David Tepper, D.P.M.

Información Del Paciente (Por Favor Complete Imprima Claramente)

| | | |
|--|---|--|
| Nombre: | Segundo Nombre: | Apellido: |
| Seguro Social: | Fecha De Nacimiento: | Masculino: ____ Femenino: ____ |
| Dirección: | | |
| Ciudad: | Estado: | Código Postal: |
| Teléfono De Casa: | Teléfono De Trabajo: | Teléfono Celular: |
| Numero De Fax: | Numero De Teléfono Preferido: Casa: ____ Trabajo: ____ Celular: ____ | |
| **Correo Electrónico: Ninguno: ____ | | Interprete: Si: ____ No: ____ |
| Étnico: | Raza: | Idioma: |
| Estado Civil: | Educación: | Estudiante: Tiempo Completo: ____ Medio Tiempo: ____ Nada: ____ |
| Empleo: Tiempo Completo: ____ Medio Tiempo: ____ Retirado: Nada: ____ | Licencia De Conducir: | |
| Farmacia: | Numero De Farmacia: | |
| Médico De Cabecera: | Numero De Médico De Cabecera: | |
| Dirección De Médico De Cabecera: | Ciudad: | Código Postal: |
| Medico Supervisor De Su Diabetis: | Fecha Última Visita: | |
| Dirección: | Ciudad: | Código Postal: |
| En Caso De Emergencia (Aparte De Su Cónyuge): Nombre: _____ Número De Teléfono: _____ | | |
| **Como Se Enteró De Nuestra Oficina?: | | |
| Quien Es Económicamente Responsable Del Pago? | | |
| Seguro Primario: | Numero De Identificación: | Numero De Grupo: |
| Seguro Secundario: | Numero De Identificación: | Numero De Grupo: |
| Prefiero Pagar Con: Efectivo: ____ Cheque (Nuevos Pacientes Excluidos): ____ Visa: ____ MC: ____ Discover: ____ | | |
| Entiendo y estoy de acuerdo en que en última instancia soy responsable de pago por todos los servicios prestados en esta oficina. Certifico que esta información es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. | | |
| Firma Del Paciente: _____ Fecha: _____ | | |