

BAY POINTE DERMATOLOGY AND COSMETIC CENTER, P.A.
JANICE LIMA-MARIBONA, DO

Fecha: _____
Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono de la casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
Seguro Social: _____ Correo Electrónico: _____

Sexo: Femenino Masculino Status legal: Soltero Casado Divorciado Viudo
Nombre de su esposo(a): _____ Teléfono: _____
Notificar, en caso de emergencia: _____
Teléfono: _____ Relación: _____

Medico de Cabecera: _____ Teléfono: _____

• Llene esta sección si el paciente es menor de edad

• Nombre de la madre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Trabajo: _____ Celular: _____ Seguro Social: _____
Nombre de Empleador: _____ Teléfono: _____

• Nombre del padre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Trabajo: _____ Celular: _____ Seguro Social: _____
Nombre de Empleador: _____ Teléfono: _____

¿Usted tiene seguro medico? Si No ¿Tiene mas de una póliza? Si No

Nombre del seguro primario: _____
de identificación: _____ # de grupo: _____
Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____
Relación: _____

Nombre del seguro secundario: _____
de identificación: _____ # de grupo: _____
Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____
Relación: _____

- Si usted esta asegurado con Medicare o Medicaid por favor de proveernos con la siguiente información.
- # de identificación de Medicare _____
- # de identificación de Medicaid _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo autorizo el pago de beneficios médicos al nombrado proveedor de servicios profesionales rendidos y la liberación de cualquier información medica que sea necesaria para procesar esta reclamación.

FIRMA: _____ FECHA: _____
PACIENTE O PADRE DEL MENOR