

PATIENT ACCOUNT #:

DR. ERIC FINZI & ASSOCIATES
General & Cosmetic Dermatology

Chevy Chase Cosmetic Center • 240-482-2555 | Dermatology & Cosmetic Surgery Associates • 301-345-7375

Eric Finzi, MD, PhD
Ronald A. Katz, MD
Angela Lotsikas, MD
Mana Ogholikhan, MD
Tao Kim, CRNP
Allison Wagner, PA-C
Mariella Purvis, PA-C

POR FAVOR IMPRIMA

NOMBRE DE PACIENTE: (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, S)			NUMERO DE SEGURO SOCIAL:		FECHA DE HOY:
SEXO: MASCULINO: <input type="checkbox"/> FEMENINO: <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO:	MEDICO DE CABECERA:	NUMERO DE TELÉFONO:		
DOMICILIO:				APT#:	
CIUDAD:		ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:		
NUMERO DE CASA:		NUMERO DE TRABAJO:	NUMERO DE CELULAR:		
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> N/A		ESTADO DE ESTUDIANTE: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> N/A	ESTADO DE EMPLEO: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleados <input type="checkbox"/> Militar(a)		
OCUPACION:		EMPLEADOR:	CIUDAD, ESTADO:		
REFERIDO DE:		NOMBRE DE LA FARMACIA PREFERIDA:	NUMERO DR TELEFONO:		
CORREO ELECTRÓNICO:				¿Le gustaría recibir notificación vía correo electrónico?: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

SELECCIONA EL NUMERO DE TELEFONO PODEMOS LLAMAR RELATIVA LA CONDICION DEL PACIENTE, LOS RESULTADOS DE LABORATORIO, ETC.: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	¿PODEMOS DEJAR UN MENSAJE DETALLADO O SOLO UN NUMERO DE NUEVO LLAMADO? <input type="checkbox"/> Dejar un mensaje detallado <input type="checkbox"/> Solo deje un numero de nuevo llamado <input type="checkbox"/> Otro _____	¿DISCUTIR SU CONDICION MEDICA CON CUALQUIER MIEMBRO DE SU FAMILIA / O AMIGO? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿SI LA RESPUESTA ES SI, CON QUIEN?		RELACION DE PACIENTE:

INFORMACION DE POLIZA PRIMARIO			■ MARQUE AQUI SI NO TIENE SEGURO
NOMBRE DE SEGURO:	NOMBRE DE AFILIADO (TITULAR DE LA POLIZA):		
RELACION DE PACIENTE:	NUMERO DE SEGURO SOCIAL DE AFILIADO:	FECHA DE NACIMIENTO DE AFILIADO:	
NUMERO DE IDENTIFICACION:	NUMERO DE GRUPO:	COPAGO DE ESPECIALISTA:	

INFORMACION DE POLIZA SECUNDARIO		
NOMBRE DE SEGURO:	NOMBRE DE AFILIADO (TITULAR DE LA POLIZA):	
RELACION DE PACIENTE:	NUMERO DE SEGURO SOCIAL DE AFILIADO:	FECHA DE NACIMIENTO DE AFILIADO:
NUMERO DE IDENTIFICACION:	NUMERO DE GRUPO:	COPAGO DE ESPECIALISTA:

PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE CUENTA			
NOMBRE:		RELACION DE PACIENTE:	
DOMICILIO:	APT.:	CIUDAD/ESTADO:	CODIGO POSTAL:

FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIA: X	FECHA DE HOY: X
---	---------------------------