

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

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE S

Dirección de Casa: _____ Apt #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tel. de Casa: (____) _____ Tel. de Celular: (____) _____ Tel. de trabajo: (____) _____

Nombre de empleador: _____ Medico de Cabecera.: _____

Numero de tel. de medico: (____) _____ Nombre de la farmacia y numero: _____ (____) _____

Nombre del contacto de Emergencia: _____ Numero de teléfono: (____) _____

Nombre de seguro primario: _____

Nombre de seguro secundario: _____

Numero de identificación: _____

Numero de identificación: _____

Numero de grupo: _____

Numero de grupo: _____

Afiliado (titularde la póliza): _____

Afiliado (titularde la póliza): _____

Numero de seguro social: _____

Numero de seguro social: _____

Fecha de nacimiento del Afiliado: _____

Fecha de nacimiento del Afiliado: _____

Relación de paciente: _____

Relación de paciente: _____

Copago de especialista: _____

Copago de especialista: _____

Persona financieramente responsable de cuenta: Auto Cónyuge Padre/tutor legal Otro _____

Nombre: _____ Fecha de: _____ Numero de seguro social: _____
nacimiento

¿Cualquier cambio en su historial medico o medicamentos?: En caso afirmativo, por favor explique: _____
 Si No

POR FAVOR, MARQUE AQUÍ Y FIRME ABAJO REPORTAR NINGÚN CAMBIO EN SU SEGURO, DIRECCIÓN, CONTACTO, O INFORMACIÓN MEDICA DESOLÉ SU ULTIMA VISITA.

Usted entiende que vamos a confiar en la información de facturación mas reciente cuando presentar reclamaciones a su compañía de seguros. Las reclamaciones a su compañía de seguros. Las reclamaciones pendientes de pago debido a la información inexacta serán facturados a la parte responsable en su totalidad. Dichas cantidades se pagaran en su totalidad antes de programación y mas citas.

X _____
FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL

FECHA DE HOY