

**Arizona Endocrinology Center**  
Phone (602) 439-9000 Fax (602) 978-5233  
15640 N. 28<sup>th</sup> Drive  
Phoenix, AZ 85053

Chet Monder, MD.  
Richard O. Dolinar, MD.  
Radhika Vattikuti, MD.  
Hyun-Suk Chong, MD.  
Amanda Sherwin, RD.  
Anh Nguyen, MD.

Stefan Hasinski, MD.  
Carrie A. Phillips, MD.  
Meera C. Menon, MD.  
Yasmin Akhunji, MD.  
Maja Davidson, MD.

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Seguro Social#: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_  
Nombre De Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Telefono de casa: (\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Celular: (\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo: (\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Como supo de nosotros? Referido por doctor ( ) Publicidad ( ) Internet ( ) Amigos/Familia  
Por Favor circule: Hombre/Mujer

Usted es: ( ) Soltero ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Separado ( ) Viudo  
Origen Étnico: Hispano ( ) Caucásico ( ) Afro Americano ( ) Otro ( )

Nombre de Empleo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre de Esposo/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Teléfono# \_\_\_\_\_ Nombre de su Dr. Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre de Farmacia \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE ASEGURANSA**

**\*\*\*USTED TIENE MEDICARE? \_\_\_ SI \_\_\_ NO\*\*\***

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Seguro Secundario: \_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_  
ID# \_\_\_\_\_ Grupo# \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grupo# \_\_\_\_\_  
Seguro Social# \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Seguro Social# \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Empleo del Asegurado: \_\_\_\_\_ Empleo del Asegurado: \_\_\_\_\_

Yo asigno mis beneficios de seguro a **AZ Endocrinology Center**. Cualquier sobrepago sera reembolsado a la persona asegurada. Yo soy responsable economicamente por cargos que no sean pagados o cubridos por mi aseguransa. Yo autorizo a **AZ Endocrinology Center** para dar cualquier información en el curso de mi reconocimiento médico o tratamiento a mi doctor primario, o a cualquier Doctor que esté involucrado con mi tratamiento y a la compañía de mi seguro. Yo autorizo que las copias de este formulario sean válidas igual que la original.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_