

*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.  
Anh Nguyen, MD.

Stefan Hasinski, MD.  
Carrie A. Phillips, MD.  
Meera C. Menon, 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 suDr.Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de Farmacia \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_