



Dr. Dale A. Helman M.D.

Dr. Borina Dramov M.D.

256-A San Jose St
Salinas, CA 93901
(831) 757-5149

337 El Dorado St. Ste B-1
Monterey, CA 93940
(831) 655-7855

Main Fax (831) 757-5140

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Nombre (1º, 2º, apellido) _____ Correo Electrónico: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Tel. de casa: _____ Del trabajo o celular: _____ Idioma que prefiere: _____

Empleador: _____ No. Telefónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F (Marque uno) Raza: _____ Etnia: _____

Estado civil: _____ No. de SS: _____ No. de licencia de conducir: _____

Farmacia que prefiere: _____ Laboratorio que prefiere: _____

Médico de cabecera: _____ No. telefónico: _____

Nombre del tutor (si el paciente es menor de edad): _____

Domicilio (si es diferente al anterior): _____

Compañía de seguros principal: _____

Nombre del asegurado principal: _____ Empleador: _____

No. de SS del asegurado principal: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____

No. de póliza o de asegurado: _____ No. del grupo: _____

Parentesco con el paciente: Yo mismo Cónyuge Persona a cargo (Marque uno)

Compañía de seguros secundaria: _____

Nombre del asegurado principal: _____ Empleador: _____

No. de SS del asegurado principal: _____ Fecha de nacimiento: _____

No. de póliza o de asegurado: _____ No. del grupo: _____

Parentesco con el paciente: Yo mismo Cónyuge Persona a cargo (Marque uno)

Contacto en caso de urgencia: _____ **No. telefónico:** _____

¿A quién podemos dar las gracias por remitirlo?: _____

Autorizo que se revele toda información necesaria para tramitar reclamos de seguros y obtener reintegros. Pido que el pago de los beneficios autorizados se efectúe en mi nombre a Dale A. Helman, M.D., (CCNMC). Esta cesión seguirá en vigor hasta que yo la revoque por escrito. Entiendo que me hago responsable económicamente de todo cargo que no sea pagado por mi compañía de seguros.

X _____
Firma del paciente o representante personal

Fecha