

**Arizona Endocrinology
Center**

Phone (602) 439-9000 Fax (602) 978-5233

15640 N. 28th Drive

Phoenix, AZ 85053

Chet S. Monder, M.D.
Richard O. Dolinar, M.D.
Radhika Vattikuti, M.D.
Hyun-Suk Chong, M.D.
Kristin L. Hanson, M.D.

Stefan Hasinski, M.D.
Meera C. Menon, M.D.
Maja Davidson, M.D.
Srividya Ariyan, M.D.
Elena Klimova, N.P.

Fecha: ____/____/____ Seguro Social: _____

Nombre De Paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Edad: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: ____ Código Postal: _____ Telefono de casa: (____) _____

Celular: (____) _____

Correo Electrónico: _____

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: _____ Teléfono: _____

Nombre de su Dr. Primario: _____ Telefono: _____

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: _____