

# Sonoran Endocrinology

Phone (623)745-2797 Fax (833) 468-4970

18301 N 79th Ave Suite C 130

Glendale, AZ 85308

Rohit Dwivedi, M.D.

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 **Sonoran Endocrinology**. 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 **Sonoran Endocrinology** 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: \_\_\_\_\_