

**IDA KARLIN HEALING CENTER**  
**319 5<sup>TH</sup> STREET SW, PUYALLUP, WA 98371**

**TELÉFONO: 253.848.0351**

INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE DEL PADRE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MADRE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO \_\_\_\_\_

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL GUARANTOR: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE SU ESPOSO(A): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CASA \_\_\_\_\_

GUARANTOR DE ASEGURANZA

EMPLEO \_\_\_\_\_

TELÉFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

ASEGURANZA PRIMARIA \_\_\_\_\_

NÚMERO DEL SEGURO \_\_\_\_\_ # GRUPO \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

ASEGURANZA SECUNDARIA \_\_\_\_\_

NÚMERO DEL SEGURO \_\_\_\_\_ # GRUPO \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE ALGUNA PERSONA PARA LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA

\_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LOS PACIENTES Y FECHAS DE NACIMIENTOS

1) \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

YO AUTORIZO AL MÉDICO OBTENER LA INFORMACIÓN NECESARIA DE MI COMPANIA DE ASEGURANZA.

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_