

IDA KARLIN HEALING CENTER
319 5TH STREET SW, PUYALLUP, WA 98371

PHONE: 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 _____