

C. Steven Plimpton, M.D., P.C.

Ellen Franklin, CNM, MS

515 East Thomas Road

Phoenix, AZ 85012

Patient Information

FECHA _____

APELLIDO _____

POR FAVOR IMPRIME

APELLIDO

PRIMER

() SOLTERA () CASADA () DIVORCIADA () SEPARADA () VIUDA

DIRECCION DE HOGAR _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ ODIGO DE POSTAL _____

NUMERO TELEFONO de SU CASA () _____ NUMERO de TELEFONO de SU CELLULAR () _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ SEGURIDAD SOCIAL # _____

La OCUPACION: _____ SU EMPLEADOR _____

DIRECCION _____ La CIUDAD _____ ESTADO _____ El CODIGO POSTAL _____

AÑOS ALLI _____ NUMERO DE TELEFONO DE EMPLEADOR _____

=====

EI CONYUGE O PARTIDO RESPONSABLE

NOMBRE _____

SEGURIDAD SOCIAL # _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ Telephone _____

EMPLEADOR _____ DIRECCION _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ El CODIGO POSTAL _____

EN CASO de EMERGENCIA NOTIFICA

NOMBRE _____ NUMERO DE TELEFONO _____

REFERIDOS A NOSOTROS POR: _____

POR FAVOR IMPRIME

C. Steven Plimpton, M.D., P.C.
Ellen Franklin, CNM, MS
515 East Thomas Road
Phoenix, AZ 85012

La **COMPañIA DE SEGURO PRINCIPAL** _____

La DIRECCION DE SEGURO _____

La CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO DE CODIGO POSTAL _____

EI NUMERO DE TELEFONO _____

EI NOMBRE ASEGURADO _____

ID ASEGURADO _____ AGRUPA # _____

EI EMPLEADOR _____

La **COMPañIA DE SEGURO SECUNDARIA** _____

La DIRECCION DE SEGURO _____

La CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO DE CODIGO POSTAL _____

EI NUMERO DE TELEFONO _____

EI NOMBRE ASEGURADO _____

ID ASEGURADO _____ AGRUPA # _____

EI EMPLEADOR _____

=====
AUTORIZO PAGO de BENEFICIOS MEDICOS ESTAN HECHO DIRECTAMENTE PARA EL PROVEEDOR DE MEDICO POR CUALESQUIER SERVICIOS PRODUCIDOS. AUTORIZO CUALQUIERA COMPañIA DE SEGURO, ORGANIZACION, EMPLEADOR, HOSPITAL, MEDICO LIBERAR INFORMACION CON SALUDOS A RECLAMACIONES Y LOS GASTOS INFORMADOS. ESTOY CONSCIENTE QUE SOY RESPONSABLES DE CUALESQUIER SERVICIOS NO CUBRIR POR LA COMPañIA DE SEGURO.

FIRMA _____ La FECHA _____

=====
AUTORIZO ESTA OFICINA LIBERAR CUALQUIER DIAGNOSTICO DE INCLUIR DE INFORMACION, EXAMENES, TRATAMIENTOS, RESULTADOS DE LABORATORIO QUE MAYO TAMBIEN CONTENER HIV CONFIDENCIAL, ENFERMEDAD Y DROGA COMUNICABLE O ABUSODE ALCOHOL RELACIONADO INFORMACION, HOSPITAL DONDE ENTREGA ESTAPLANIFICADO.

FIRMA: _____ FECHA DE FIRMA _____