

## **INFORMACION DEL PACIENTE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TELEFONO DE CASA: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

CELLULAR: \_\_\_\_\_

SEGURO SOCIAL #: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE DOCTOR PRIMARIO: \_\_\_\_\_

PHARMACIA: \_\_\_\_\_

IN CASO DE EMERGENCIA NOMBRE: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

RELACION: \_\_\_\_\_

## **INFORMACION DE EL SEGURO MEDICO**

NOMBRE DEL SEGURO MEDICO PRIMARIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ # DE IDENTIFICACION: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SEGURO MEDICO SECUNDARIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ # DE IDENTIFICACION: \_\_\_\_\_

YO DOY AUTORIZACION A EL DR. ASGHAR ASKARI M.D., QUE PROVEE INFORMACION SOBRE DE MI PRESENTE CONDICION(ES) A AGENCIAS DE MI SEGURO MEDICO Y LE DOY LA AUTHORIZACION A EL DOCTOR PARA QUE RECIBAN COMPENSACION POR LOS SERVICIOS QUE ME PROVEEN.

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