

Farhouch Berdjis, M.D.
Saar Danon, M.D.

James Chu, M.D.

Ahmad R. Ellini, M.D.
Linda Pauliks, M.D.

1010 West La Veta, Suite 575, Orange, CA 92868 • (714) 547-0900 Phone • (714) 547-2080 Fax

INFORMACION DE PACIENTE

Nombre: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: Zona Postal: _____

Tele. de Casa: () _____ Numero de Seguro Social: _____

INFORMACION DE PADRES

Nombre de Mama: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: Zona Postal: _____

Empleador: _____ Tele. De Trabajo: () _____ Tele. de Casa: () _____

Nombre de Papa: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: Zona Postal: _____

Empleador: _____ Tele. De Trabajo: () _____ Tele. de Casa: () _____

Amigo o pariente quien vive cerca (No viviendo con paciente): _____ Relacion: _____ Tele: () _____

INFORMACION DEL SEGURO (PRIMARIO)

Nombre de Persona con Poliza: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Seguro: _____

Direccion del Seguro: _____

Ciudad: _____ Estado: Zona Postal: _____

Numero de Grupo: _____ Telefono: () _____

INFORMACION DEL SEGURO (SECUNDARIO)

Nombre de Persona con Poliza: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Seguro: _____

Direccion del Seguro: _____

Ciudad: _____ Estado: Zona Postal: _____

Numero de Grupo: _____ Telefono: () _____

INFORMACION FARMACIA

Nombre de La Farmacia: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: Zona Postal: _____

Tele: () _____ Fax: () _____ La Farmacia acepta E-script? Y N

ORIGEN DE RECOMENDACION

Nombre del medico primario: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Tele: () _____

Idioma preferido: _____ Raza: _____

