

Burkhart Pediatric & Adolescent Dermatology

DATOS DE NUEVO PACIENTE- página 2

Proveedor de asistencia primaria actual (nombre y datos de contacto): _____

Farmacia preferida (nombre, dirección, teléfono): _____

INFORMACIÓN DE SEGURO

Nombre y fecha de nacimiento del asegurado: _____

Apellido

Nombre

FDN

Dirección del asegurado si no es el paciente: _____

Nombre

N.º de identidad

N.º de grupo

Compañía de seguros: _____

Datos del asegurado: _____

Relación con el paciente

Empleador

Aseguradora Teléfono

CONTACTO DE EMERGENCIA (que no sea el padre, la madre o el tutor legal)

Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación con el paciente: _____