

Gregory J. Wiener, M.D.

353 Church Ave Suite A

Chula Vista, CA 91910

(619) 585-8883

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento / /
	Numero del seguro social del paciente:	
Direccion del paciente:	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro
	<input type="checkbox"/> Indio Americano o de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiatico
	Raza: <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Menfego a contestar	
	Grupo Etnico: <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino	
Numero de telefono de celular: ()	Que idioma prefiere para comunicarse?:	
Numero de telefono de casa: ()	Numero de trabajo: ()	

USTED FUE REFERIDO POR ESTE MEDICO

Nombre de medico:			
Direccion:	Cuidad:	Estado:	Codigo Postal:
Fue este el medico que lo refirio? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Numero de telefono:	Numero de Fax:	
Si este no fue el medico que lo refirio, diganos quien fue?:			

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

Nombre del seguro primario:	Nombre del seguro secundario:
Nombre del asegurado:	Nombre del asegurado:

Yo autorize a Gregory J. Wiener, M.D., P.C. para que traten al paciente arriba mencionado. Yo autorize pago directo a los medicos mencionados anteriormente en relacion a la cantidad debida por servicios pagables bajo mi seguro. Yo estoy de acuerdo en pagar cualquier balance no cubierto por mi seguro, si mi seguro decide que es mi responsabilidad. You tambien autorize a cualquier medico, hospital o clinica a que sedan detalles completos de mi o de mi historia clinica y tratamiento a los medicos mencionados arriba.

X	
Firma del paciente	Fecha de firma