



INFORMACIÓN DE PACIENTE ESTABLECIDO

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ FDN: ___/___/___

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Postal: _____ Teléfono de Hogar: _____ Celular: _____

Numero de Seguro Social: _____ Correo Electrónico: _____

Mi Doctor Preferido de MY DR NOW es: _____ Mi Ultimo Físico Annual fue : ___/___/___

INFORMACION DE SEGURO

Cambios? Si No

Nombre de Seguro: _____

Numero de Poliza: _____ Numero de Grupo: _____

Nombre de Dueno de Poliza: _____ FDN del Dueno de Poliza : ___/___/___

INFORMACION DE SEGURO SECUNDARIO

Nombre de Seguro: _____

Numero de Poliza: _____ Numero de Grupo: _____

Nombre de Dueno de Poliza: _____ FDN del Dueno de Poliza : ___/___/___

PARTE RESPONSIBLE

He leído y entendido las políticas medicas y financieras de MY DR NOW. Como paciente valioso de MY DR NOW, entiendo que citas no son un requisito y puedo caminar en atencion a mi conveniencia, pero una tarifa de \$25.00 sera auditado por citas canceladas dentro de 24 horas de la hora programada. Yo solicito que la clinica utilice todos los metodos de comunicacion proveido para discutir mi salud.

Firma _____

Fecha: ___/___/___

Se Han Registrado A Nuestro Portal Para Pacientes?

Visita www.MYDRNOW.com para inscribirse en el portal asegurado para pacientes en donde puede programar citas, hacer un pago, solicitar registros medicos, renovar las recetas y mucho mas.