



GRACE FOOT AND ANKLE CENTER MICHAEL J. KIM DPM D.ABFAS, FACFAS

9353 FAIRWAY VIEW PLACE SUTE 100 RANCHO CUCAMONGA CA 91730

PHONE: (909) 858 -2772 FAX: (909) 300-6324

SEGURO PRINCIPAL

NUMBRE DE SEGURO: _____ COPAGO: _____

GRUPO#: _____ ID DE SUSCRIPTOR#: _____

NOMBRE ASEGURADO: _____ APELLIDO: _____ INICIAL: _____

SEGURIDAD SOCIAL#: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ RELACION CON EL PACIENTE _____

DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO: _____

DIRECTIVA AVANZADA? ☐ SI ☐ NO DONDE ESTA ARCHIVADO? (QUE CENTRO MEDICO?) _____

ASEGURADO EMPLEADO POR: _____

DIRECCION COMERCIAL: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO: _____

TELEFONO DE NEGOCIOS: _____

SEGURO ADICIONAL

EL PACIENTE ESTA CUBIERTO POR UN SEGURO ADICIONAL: ☐ SI ☐ NO

NOMBRE DE SEUGRO: _____ COPAGO: _____

GRUPO#: _____ ID DE SUSCRIPTOR#: _____

NOMBRE ASEGURADO: _____ APELLIDO: _____ INICIAL: _____

SEGURIDAD SOCIAL#: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

RELACION CON EL PACIENTE _____

DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO: _____

ASEGURADO EMPLEADO POR: _____

DIRECCION COMERCIAL: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO: _____

TELEOFNO DE NEGOCIOS: _____

SITUACION LABORAL: ☐ EMPLEADO ☐ DESEMPLEADO ☐ ESTUDIANTE A TIEMPO COMPLETO ☐ ESTUDIANTE A
TIEMPO PARCIAL ☐ JUBILANDO ☐

ULTIMO TITULO OBTENIDIO: ☐ ESUCELA SECUNDARIA ☐ COLEGA ☐ ESCUELA DE POSGRADO

PROFESION: _____ NOMBRE DE LA EMRESA: _____

TELEPONO DE NEGOCIOS: _____

LICENCIA DE CONDUCIR: _____ ESTADO EMITIDO: _____

ESTO ES UN ACCIDENTE ☐ SI ☐ NO FECHA DE LA LESION _____

ES UN ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO? ☐ SI ☐ NO

**FIRMAR A CONTINUACION CERIFICOQUE LA INFORMACION PROPORCIONADA ANTERIORMENTE ES VERDADERA Y
PRECISA**

FIRMA DEL ASEGUARDO/GUARDIAN: _____ FECHA: _____