

LALA M STAWOWY MD
DIPLOMATE, AMERICAN BOARD OF DERMATOLOGY
AND AMERICAN SOCIETY FOR MOHS SURGERY

9150 Huebner Rd. Suite 330
San Antonio, Texas 78240
(210) 692-7684
Fax (210) 692-1814

711 Lehmann Dr
Kerrville, Texas 78028
(830) 257-5733
Fax (830) 257-5771

NOMBRE DEL PACIENTE _____

DOMICILIO _____ HOMBRE MUJER

CIUDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____ NUMERO DE SEGRUO SOCIAL _____

TELEFONO (casa) _____ TELEPHONO DE CELULAR _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO (a), CASADO (a), DIVORCIADO (a), VIUDO (a), SEPARADO (a)

NOMBRE DE FARMACIA _____ NUMERO DE FARMACIA _____

LUGAR DE EMPLEO DEL PACIENTE _____

DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____

CODIGO POSTAL _____ TELEPHONO DE NEGOCIO _____

CORRERO ELECTRONICO _____

INFORMACION DE LA PRESONA RESPONSABLE (Si es diferente del paciente)

NOMBRE DEL ESPOSO (A) O PADRES _____

DOMICILIO _____

CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL _____

TELEPHONO (casa) _____

TELEPHONO DE CELULAR _____

LUGAR DE EMPLEO DE LA ESPOSA (O) _____

DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____

CODIGO POSTAL _____ TELEFONO _____

INFORMACION DE SEGURO

SEGURO PRIMARIO

NOMBRE DE LA COMPANIA DE SEGUROS _____

NUMERO DE LA POLIZA _____

NUMERO DEL GRUPO _____

DIRECCION DE LA COMPANIA DE SEGUROS (Calle, Ciudad, Estado y Codigo Postal) _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Yo, el abajo firmante, certifico que la informacion contenida en este formulario es correcta en mi mejor conocimiento. Ademas, autorizo la informacion medica necesaria para procesar la solicitud de pago de tratamientos. Yo autorizo el pago de beneficios medicos para el medico LALA M STAWOWY MD Las visitas y el laboratorio al contado.

FIRMA _____

FECHA _____