KARIM BENÍTEZ-MARCHAND, M.D.
CIRUJANO PLÁSTICO

T: 620.4070, 620.4071
F: 620.4072

MARAMAR PLAZA • SUITE 805
#101 SAN PATRICIO AVE
SAN JUAN, PR 00969

INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE

Nombre: _____ Núm. de Récord: _____

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Mes Día Año

Seguro Social: _____ - _____ - _____ • Lic. Conducir o Tarjeta Electoral: _____

Nombre del Médico que refiere: _____ Teléfono: _____

(Indicar el nombre y los dos apellidos, si los conoce)

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal : _____

Teléfono Residencia: _____ Celular: _____

Idioma principal: _____ Religión: _____

Ocupación: _____ Correo electrónico: _____

En caso de **Emergencia** llamar a: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN MÉDICO

Nombre Plan Médico y Núm. Contrato: _____

Asegurado Principal: _____ Fecha Nac. Asegurado Principal: ____/____/____

Mes Día Año

Plan Complementario: _____ Núm. Contrato: _____

Relación con el Asegurado: _____

YO,_____ CERTIFICO QUE ESTOY CUBIERTO POR EL PLAN MEDICO _____ EL CUAL ENTIENDO CUBRE LOS COSTOS DE LOS SERVICIOS MEDICOS QUE VOY A RECIBIR DEL DR. BENITEZ-MARCHAND EN ***STATE OF THE ART PLASTIC SURGERY****. ADEMÁS, ME COMPROMETO A PAGAR LOS COSTOS QUE NO CUBRA EL PLAN. TAMBIEN AUTORIZO A QUE SE UTILICE ESTA FIRMA PARA SOMETER RECLAMACIONES MEDICAS A MI PLAN DE SALUD.*

Firma del paciente: _____

Fecha: _____