



Farhouch Berdjis, M.D.

James Chu, M.D.

Ahmad R. Ellini, M.D.

1010 West La Veta, Suite 575, Orange, CA 92868 • 714.547.0900 Phone • 714.547.2080 Fax

INFORMACION DE PACIENTE

Nombre: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: Zona Postal: _____

Tele. de Casa: (____) _____ Numero de Seguro Social: _____

INFORMACION DE PADRES

Nombre de Mama: _____ Numero de Seguro Social: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: Zona Postal: _____

Empleador: _____ Tele. de Casa: (____) _____ Tele. de Trabajo: (____) _____

Nombre de Papa: _____ Numero de Seguro Social: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: Zona Postal: _____

Empleador: _____ Tele. de Casa: (____) _____ Tele. de Trabajo: (____) _____

Amigo o pariente quien vive cerca (No viviendo con paciente): _____ Relacion: _____ Tele: (____) _____

INFORMACION DEL SEGURO (PRIMARIO)

Garantizador/Nombre de Persona con Poliza: _____ Numero de Seguro Social: _____

Nombre de Poliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Direccion del Seguro: _____ Ciudad _____ Estado: Zona Postal: _____

Numero de Seguro: _____ Numero de Poliza: _____ Telefono: () _____

INFORMACION DEL SEGURO (SECUNDARIO)

Garantizador/Nombre de Persona con Poliza: _____ Numero de Seguro Social: _____

Nombre de Poliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Direccion del Seguro: _____ Ciudad _____ Estado: Zona Postal: _____

Numero de Seguro: _____ Numero de Poliza: _____ Telefono: () _____

ORIGEN DE RECOMENDACION

Nombre del medico primario: _____ Ciudad: _____ Estado: Tele: () _____

Idioma preferido: _____ Raza: _____

