

Monterey Bay Urology Associates
Adult and Pediatric Urology

160 Green Valley Rd #203
Freedom, CA 95019
(831) 728-4227 Fax (831) 728-0410

1505 Soquel Drive Suite 5A
Santa Cruz, CA 95065
(831)476-2626 Fax (831) 476-3355

David S. Benjamin M.D.

Vanessa D. Gulla M.D.

Andrew P. Knorr M.D.

INFORMACION DE NUEVO PACIENTE

Nombre del paciente _____ Masculino ___ Femenino ___ Nacionalidad _____
Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Numero de telefono _____ Celular _____ Estado Civil _____
Numero de Seguro _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____
Referido por el doctor _____ Doctor primario _____
Lugar de empleo _____ Numero de telefono _____ Esudiante: Si / No
Domicilio de su trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____ CP _____

INFORMACION DEL PADRE O ESPOSO (A)/GUARDIAN

Nombre del esposo(a) _____ Fecha de nacimiento _____
Nombre del padre o guardian (si el paciente es un menor) _____
Domicilio (si es diferente al del paciente) _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Lugar De empleo _____ Telefono _____

INFORMACION DE SU ASEGURANZA

1. Asegurancia Primaria _____ PPO ___ HMO ___ Co-pago \$ _____
Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Persona principal _____ Parentesco con el paciente _____
Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____
Numero de poliza _____ Numero de grupo _____
2. Asegurancia Secundaria _____ PPO ___ HMO ___ Co-Pago \$ _____
Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Numero de poliza _____ Numero de grupo _____

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre _____ Telefono _____
Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Parentesco con el paciente _____

Nota a todos los pacientes:

Todo paciente es responsable por su cuenta. Si su asegurancia necesita autorizacion previa por favor este al tanto de que su autorizacion sea recibida antes de su cita. Toda cita sin autorizacion previa o cualquier balance que no sea cubierto por su asegurancia sera cobrado directamente a usted. Su firma en este documento afirma que la informacion obtenida es correcta y verdadera y autoriza que demos la informacion necesaria para obtener pago directamente al doctor de su asegurancia. Esta oficina le cobrara a su asegurancia como una cortesia hacia usted. El paciente es responsable de pagar los servicios que se le han otorgado por nuestra oficina

Firma del paciente/ Padre _____ **Fecha** _____

Confirmacion de que ha recibido un documento sobre su derecho a la privacidad de su historia medica por Monterey Bay Urology

Nombre _____ Firma _____
Fecha _____

Nombre de alguna persona que usted autorize para recibir su informacion medica _____
Parentezco _____

Farmacia Preferida _____
Language Preferido _____