MICHAEL J. MARCUS, D.P.M., FACFAS

A PROFESSIONAL CORPORATION IN PODIATRIC MEDICINE AND FOOT SURGERY
101 EAST BEVERLY BOULEVARD, SUITE 205
MONTEBELLO, CALIFORNIA 90640
TELEPHONE (323) 724-6663 FAX (323)724-5813

16300 SAND CANYON AVENUE, SUITE 708
IRVINE, CALIFORNIA 92618
TELEPHONE (949)727-3884 FAX (949)753-9115

www.michaeljmarcusdpm.com
DIPLOMATE, AMERICAN BOARD OF PODIATRIC SURGERY
FELLOW, AMERICAN COLLEGE OF FOOT AND ANKLE SURGEONS

We are very pleased to have you with us. Dr. Michael J. Marcus and his staff wish to welcome you to our office.
Bienvenidos a nuestra oficina. Favor de contestar las siguientes preguntas para ayudarnos a conocerlo mejor.

NAME OF PATIENT Mr.Mrs.Ms._____DATE OF BIRTH_____
Nombre del paciente Sr.Sra.Srita. Fecha de Nacimiento

SOCIAL SECURITY_____Age_____Weight_____Ht_____
Numero de seguro social Edad Peso Altura

ADDRESS_____
Direccion Number Street City Zip

HOME PHONE( )_____CELL( )_____EMAIL_____
Numero de telefono

MARITAL STATUS circle one (SINGLE, MARRIED, DIVORCED, WIDOWED, SEPARATED)
Estado civil (Soltero, Casado, Divorciado, Viudo, Separado)

NAME OF HUSBAND, WIFE, PARENTS, GUARDIAN, OTHER_____
Nombre del esposo, esposa, padre o madre, guardian

ADDRESS_____PHONE ( )_____
Direccion Numero de telefono

PERSON TO CALL IN CASE ON EMERGENCY _____
Persona a quien llamar en caso de emergencia Name/Nombre Phone Number/Numero de telefono

WHOM MAY WE THANK FOR REFERRING YOU TO OUR OFFICE?_____
A quien le agradecemos por recomendarlo a nuestra oficina?

YOUR OCCUPATION_____EMPLOYER'S NAME_____
Que clase de trabajo desempenas Nombre del empleador

EMPLOYER'S ADDRESS_____PHONE_____
Direccion Numero de telefono

FAMILY DOCTOR_____ADDRESS_____PHONE_____
Nombre del doctor familiar Direccion Numero de telefono

FORMER PODIATRIST circle one YES NO Name_____
Podiatra anterior Si No Nombre

RESPONSIBLE PERSON FOR BILL_____ADDRESS_____
Persona responsable por la cuenta If different from above

SOCIAL SECURITY # OF INSURED_____DATE OF BIRTH OF INSURED_____
Numero de seguro social del asegurado Fecha de nacimiento del asegurado

EMPLOYER OF INSURED_____ADDRESS_____
Empleador del asegurado Direccion

INSURANCE COMPANY_____

PLEASE HAVE INSURANCE CARD AVAILABLE AT TIME OF VISIT
Favor de tener su tarjeta de aseguranza cada visita