

INFORMACIÓN GENERAL DEL PACIENTE

(Esta información es necesaria para formar un expediente y será considerada confidencial)

FECHA _____

() _____

APELLIDO DEL PACIENTE PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE #DE TELEFONO/CASA

DOMICILIO CON CALLE COMPLETA CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL AÑOS DE ESTANCIA

DIRECCION ANTERIOR (SI HA VIVIDO EN LA ACTUAL MENOS DE 3 AÑOS)

DE SEGURO SOCIAL # DE LICENCIA DE CONDUCIR () # DE TELEFONO/TRABAJO

NOMBRE DE LUGAR DONDE TRABAJA CORREO ELECTRONICO

OCUPACIÓN FECHA DE NACIMIENTO EDAD SEXO M F

LENGUA DE PREFERENCIA: ESPAÑOL INGLÉS OTRO

ETNICIDAD: AMERICANO ASIÁTICO AFRICANO AMERICANO HISPANO EUROPEO NO REPORTADO

ESTADO MARITAL: SOLTERO/A CASADO/A VIUDO/A SEPARADO/A DIVORCIADO/A

PERSONA QUIEN PODEMOS LLAMAR EN CASO DE UNA EMERGENCIA RELACIÓN CON PACIENTE () # DE TELEPHONO DE EMERGENCIA

DOMICILIO DE ESTA PERSONA CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

INFORMACION DE SU ASEGURANZA

NOMBRE DE SU ASEGURANZA PRIMARIA

DOMICILIO GRUPO O NUMERO LOCAL

NOMBRE DE SUSCRITOR/FECHA DE NACIMIENTO # DE SEGURO DEL SUSCRITOR # DE IDENTIFICACION DEL SUSCRITOR DE LA TARJETA

RELACION QUE TIENE EL SUSCRITOR HACIA EL PACIENTE: _____

NOMBRE DE SU ASEGURANZA SECUNDARIA

DOMICILIO GRUPO O NUMERO LOCAL

NOMBRE DE SUSCRITOR/FECHA DE NACIMIENTO # DE SEGURO DEL SUSCRITOR NUMERO DE IDENTIFICACION EN SU TARJETA

RELACION QUE TIENE EL SUSCRITOR HACIA EL PACIENTE: _____

ASIGNATURA DE ASEGURANZA

ASIGNATURA DE BENEFICIOS DE ASEGURANZA

YO AUTORIZO Y PIDO QUE MI ASEGURANZA PAGUE DIRECTAMENTE AL DOCTOR LA CANTIDAD INDICADA EN MI CASO POR LOS SERVICIOS QUE SE ME DIERON A MI O MI DEPENDIENTE. COMPRENDO QUE SOY RESPONSABLE DE LA DIFERENCIA FINANCIAMENTE POR SERVICIOS MEDICOS O QUIRURJICOS QUE SE ME DEN SI MI ASEGURANZA NO LOS CUBRE Y YO ME HARE RESPONSABLE AL DOCTOR DE PAGAR TODA MI CUENTA.

FIRMA DEL PACIENTE FECHA FECHA

FIRMA DEL SUSCRITOR FECHA FIRMA DEL DOCTOR