

## INFORMACION DEL PACIENTE

**POR FAVOR ESCRIBA CLARO**

**FECHA** \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_\_ Casado/a \_\_\_\_\_ Viudo/a \_\_\_\_\_ Divorciado/a \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Apt. \_\_\_\_\_ Telefono de Casa \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_Codigo Postal \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo \_\_\_\_\_ Numero de Trabajo \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Cellular \_\_\_\_\_ Pager # \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Seguro Social \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**INFORMACION CONFIDENCIAL(TELEFONO)** \_\_\_\_\_

### Persona Responsable Por Pago:

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_ Numero de Trabajo \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de Esposo/a \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_

### POR FAVOR ASISTANOS CON UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO

Aseguranza Medica: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Compania de Aseguranza \_\_\_\_\_

Doctor \_\_\_\_\_

Referido Por \_\_\_\_\_

¿Uds O otro Familiar son Pacientes de esta clinica? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Allergias \_\_\_\_\_

Farmacia \_\_\_\_\_ Telefono de Farmacia \_\_\_\_\_

Plan de receta Por 90 Dias? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Entiendo que es mi responsabilidad dar informacion vigente de aseguranza, co-pagos, y porcentajes en tiempo del servicio. Entiendo que no todos los servicios son cubjertos por la aseguranza. Economicamente soy responsable por servicios no cubiertos por la aseguranza. Algunos servicios son practicados por un asistente.**

### Beneficios:

**Doy todos beneficios sirugicos/medicos, incluyendo Medicare, aseguranzas privadas, y otros planes de seguros. Una copia de esta forma sera considerada original. Autorizo que la clinica use informacion en esta forma para asegurar pago por los servivos.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_