

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 _____