



Informacion del Paciente

Fecha _____ Nombre Del Paciente _____
 SS#/SIN _____ Masculino Femenino Fecha de Nacimiento _____ Casa _____
 Teléfono de la Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip/PC _____
 Correo electrónico _____ Celular _____
 Marque la casilla correspondiente: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado
 Paciente Teléfono del trabajo _____
 Ciudad _____ Estado _____ Zip/PC _____ Teléfono del trabajo _____
 Si el paciente es un estudiante, de el nombre de la escuela/universidad _____
 Ciudad _____ Estado _____ Zip/PC _____
 A quién podemos agradecerle por recomendarlo? _____
 Persona a contactar en caso de emergencia _____ Teléfono _____

X _____
 Firma del paciente o tutor _____ Fecha _____

Responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta _____ Relación con el paciente _____
 Dirección _____ Teléfono de la casa _____
 Correo electrónico _____ Teléfono celular _____
 Número de licencia de conductor _____ Fecha de nacimiento _____ Institución financiera _____
 Empleador _____ Teléfono de trabajo _____
 ¿Es esta persona actualmente paciente en la oficina? Sí No

Información del seguro

Nombre del asegurado _____ Relación con el Paciente _____
 Fecha de Nacimiento _____ SS#/SIN _____ Fecha de empleo _____
 Nombre del Empleador _____ Teléfono del trabajo _____
 Dirección del empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip/PC _____
 Compañía de seguros _____ Grupo # _____ Unión o local # _____
 Ins. Co. Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip/PC _____
 ¿Cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto has usado? _____ Máx. Beneficio anual? _____

¿ Tiene algún seguro adicional? Sí No En caso afirmativo, complete lo siguiente:

Nombre del asegurado _____ Relación con el paciente _____
 Fecha de nacimiento _____ SS#/SIN _____ Fecha de empleo _____
 Nombre del empleador _____ Teléfono de trabajo _____
 Compañía de seguros _____ Grupo# _____ Unión o local # _____
 Ins. Co. Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip/PC _____
 ¿Cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto has usado? _____ Máx. Beneficio anual? _____

Autorizo la divulgación de información sobre mi atención médica, asesoramiento y tratamiento brindado con el propósito de evaluar y administrar reclamos de beneficios del seguro. Por la presente, también autorizó el pago de los beneficios del seguro que de otro modo me pagarían directamente al médico.

X _____
 Firma del paciente o padre / tutor _____ Fecha _____