



Información de contacto de paciente

Nombre: _____
Apellido El Primer Nombre Nombre de Soltera

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ El Código: _____

Teléfono de casa: () _____ Teléfono móvil: () _____

Teléfono Principal: Teléfono de casa Teléfono móvil

Fecha de nacimiento ____/____/____ años: _____ Seguridad Social #: ____/____/____

Etnicidad: _____ Idioma: _____

¿Necesita un intérprete? Si No

Empleado Desempleados Discapacitado Retirado Ocupación: _____

Nombre Del Empleador: _____ número de teléfono del empleador () _____

Estudiante Si No Medio Tiempo Tiempo Completo

Estado Civil

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Nombre del cónyuge : _____

Correo electrónico y mensajes de texto

Dirección de correo electrónico: _____ ¿Recibe mensajes de texto? Si No

Información de facturación de seguro

Auto De Pago/Cash

Nombre de la pensión básica: _____

Seguros Número de Identificación _____ Número ID de grupo: _____

Nombre de guarantor _____ Relación _____

Nombre de la pensión secundaria: _____

Seguros Número de Identificación _____

Nombre de guarantor _____ Relación _____



Información de referencia

¿Cómo nos has encontrado? Compañía de seguros médico de atención primaria la carta/anuncio

Médico de atención primaria

Nombre _____ Ciudad _____ Telephone _____

La información de contacto de emergencia

Emergencia Contacto Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ El Código: _____

Teléfono de casa: () _____ Teléfono móvil () _____

Información de la farmacia

Nombre de la Farmacia: _____ Dirección:: _____

Ciudad: _____ El Código: _____ Teléfono: () _____ El Fax: () _____

El consentimiento para el examen • Autorización para divulgar información • Asignación de Beneficios • Acuerdo Financiero

Por la presente autorizo al médico de arriba para realizar una consulta y examen, y para iniciar los tratamientos diagnósticos y terapéuticos que se pueden considerar conveniente o necesario. Por la presente autorizo al médico de arriba para liberar a la compañía de seguros o su representante, cualquier información que incluye el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen rendido a mí durante el período de dicha atención médica o quirúrgica. Doy por este medio la autorización de por vida para el pago de beneficios de seguro que se hará directamente al servicio médico de la representación. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no están cubiertos por el seguro. En caso de incumplimiento, Estoy de acuerdo en pagar todos los costes de recogida, y los honorarios razonables de abogados .Por la presente autorizo a estos médicos para liberar toda la información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. Además estoy de acuerdo que una fotocopia de este acuerdo tendrá la misma validez que el original.

Tu Nombre: _____ Fecha: _____

Su Firma: _____ Fecha: _____