

Personal Physicians

Todo la informacion deberia llenarse por complete-favor de escribir en molde

| | | | | | |
|--|-----------------------------------|---|--|--------------------------------------|----------------|
| Fecha de hoy: | | | Doctor Primario: | | |
| Apellido: | | Primer Nombre: | Segundo Nombre: | Estado civil: | |
| | | | | Soltero / Cas / Div / Sep / Viudo(a) | |
| Fecha de nacimiento: | Age: | Sexo: M F | El paciente es menor de edad? Si lo es favor de llenar la informacion de los padres. | | |
| Direccion de casa: | | | Seguro social: | Numero de telefono: | |
| P.O. box: | | Ciudad: | | Estado: | Codigo postal: |
| | | | | | |
| Quien lo refirio (favor de escojar una de las opciones): | | | <input type="checkbox"/> Dr. | | |
| <input type="checkbox"/> Familia | <input type="checkbox"/> Amigo(a) | <input type="checkbox"/> Cerca de hogar/trabajo | <input type="checkbox"/> Paginas Amarillas | <input type="checkbox"/> Otro | |
| Otros familiares son pacientes aqui: | | | | | |
| Informacion de madre del paciente o esposa: | | Fecha de nacimiento: | Direccion si es diferente: | Numero de telefono: | |
| | | / / | | () | |
| Es paciente aqui? | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Seguro social: | |
| Ocupacion: | Numero del empleo: | Direccion de empleo: | | Numero de telefono del empleo: | |
| Informacion de padre del paciente o esposo: | | Fecha de nacimiento: | Direccion si es diferente: | Numero de telefono: | |
| | | / / | | () | |
| Es paciente aqui? | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Seguro social: | |
| Ocupacion: | Nombre de empleo: | Direccion de empleo: | | Numero de empleo: | |

INFORMACION DE ASEGURANZA

(Favor de darle su tarjeta de seguridad a la recepcionista.)

Favor note, en casos de divorcio nuestra polica es que el padre quien trae a su hijo o hija al la cita es la persona responsable para cualquier balance que deje la seguridad.

| | | | | | |
|---|----------------------|--|------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| Nombre de la seguridad | | | | | |
| Quien tiene la seguridad: | | Seguro social de la persona que tiene la seguridad: | Fecha de nacimiento: | Numero de grupo: | Numero de identificacion: |
| | | | / / | | |
| Nombre de empleo: | Direccion de empleo: | Numero de trabajo: | | | |
| Patient's relationship to subscriber: Parentesco a persona quien tiene la seguridad: | | <input type="checkbox"/> Yo Mismo(a) | <input type="checkbox"/> Esposo(a) | <input type="checkbox"/> Hijo(a) | <input type="checkbox"/> Otro |
| Nombre de segunda seguridad | | | | | |
| Quien tiene la seguridad: | | Seguro social de la persona que tiene la seguridad: | Fecha de nacimiento: | Numero de grupo: | Numero de identificacion: |
| | | | / / | | |
| Nombre de empleo: | Direccion de empleo: | Numero de trabajo: | | | |
| Quien tiene la seguridad: | | <input type="checkbox"/> Yo Mismo(a) | <input type="checkbox"/> Esposo(a) | <input type="checkbox"/> Hijo(a) | <input type="checkbox"/> Otro |

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de persona de quien llamar en caso de emergencia (que no sea del mismo domicilio):

Parentesco al paciente:

Numero de telefono:

Numero de telefono del trabajo:

()

()

La informacion dada es cierta hasta mi mayor conocimiento. Yo autorizo a mi aseguranza a pagarle directamente al doctor. Yo entiendo que soy responsable de cualquier balance que quede. Yo tambien autorizo a la oficina de ABC o a la compania de aseguranza dar cualquier informacion medicamente necesaria para procesar los cobros. Yo tambien entiendo que si mi balance se combierte en cuenta delincuente y es mandada a coleccion habra un cargo de 28-40% agregado a mi balance.

*Firma de paciente o tutor(a) responsable del menor:**Fecha:*