

Bienvenidos

Fecha: _____

----- DIGAME SOBRE USTED -----

Nombre: _____ Sobrenombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo _____ SSN: _____

Dirección: _____ zip _____

de Casa: _____ # móvil: _____ # de Trabajo: _____

Correo Electrónico: _____ Referido(a) por: _____

Status: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

Nombre de Cónyuge: _____ # Telefónico: _____

----- EN CASO DE EMERGENCIA -----

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

de Casa: _____ # móvil: _____ # de Trabajo: _____

Nombre de su Medico Primario: _____ # Telefónico: _____

----- INFORMACION DE LA CUENTA-----

(Persona ultimadamente responsable de la cuenta)

Nombre: _____ NSS #: _____ # Lic de Conducir: _____

de Casa: _____ # móvil: _____ # de Trabajo: _____

Dirección: _____ Relación al Paciente: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección de Empleador: _____

_____ (Iniciales) Autorizo a la asignación de mis beneficios de seguro directamente al proveedor de los servicios prestados. Yo entiendo que soy el único responsable de cualquier saldo no pagado por mi compañía de seguros.

----- INSURANCE INFORMATION -----

Primaria: Secundaria:
Nombre del Seguro: _____ Nombre del Seguro: _____

Dirección del Seguro: _____ Dirección del Seguro: _____

del Seguro: _____ # del Seguro: _____

Grupo: _____ Id #: _____ Grupo: _____ Id #: _____

Nombre del Asegurado: _____ Nombre del Asegurado: _____

Relación al Paciente: _____ Relación al Paciente: _____

Fecha de Nac. Del Asegurado: _____ Fecha de Nac. Del Asegurado: _____

NSS del Asegurado: _____ NSS del Asegurado: _____

Empleador del Asegurado: _____ Empleador del Asegurado: _____

Yo, _____, por el presente acuerdo en que la información proporcionada es correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del Tutor Legal: _____