

# INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Letra de Molde

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ C/S/D/V: \_\_\_\_\_  
Casado/Soltero/Divorcedo/Viudo

Dirección: \_\_\_\_\_  
Avenida Ciudad Estado Código Postal

Dirección de Correo (si es diferente a la dirección antes mencionada) \_\_\_\_\_  
Avenida Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Numero de Lic. De Manejar # \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono : ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Numero de Teléfono para Recados: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Celular( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Oficio: \_\_\_\_\_

Dirección de Empleador: \_\_\_\_\_  
Avenida Ciudad Estado Código Postal

# INFORMACIÓN ADICIONAL

Letra de Molde

Nombre de Esposo(a)/Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ # Seguro Social \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Numero de Lic. De Manejar \_\_\_\_\_

Empleador de Esposo(a): \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Dirección de Empleador \_\_\_\_\_  
Avenida Ciudad Estado Código Postal

Nombre, dirección y numero telefonico de algun pariente cercano (QUE NO VIVE CON USTED) \_\_\_\_\_  
Avenida Ciudad Estado Código Postal Telefono

Fecha de Lastimadura/Accidente: \_\_\_\_\_ La Lastimadura/Accidente es relacionada a su trabajo? \_\_\_\_\_

Por favor indique la razón medica por la que esta aqui hoy \_\_\_\_\_

A quien podemos agradecer por habernos referido con ud? \_\_\_\_\_

Algun miembro de su familia a sido paciente de Indio Surgery Center en el pasado?  Si  No \_\_\_\_\_  
(Si su respuesta es Si, Nombre del Paciente)

# INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO PRINCIPAL

Letra de Molde

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro Medico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Numero de Identificación \_\_\_\_\_ Numero del Grupo \_\_\_\_\_ Numero de Póliza \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

# INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO SECUNDARIO

Si tiene seguro secundario por favor de enseñar la tarjeta a la recepcionista

Toda la información en este documento es correcta según mi mejor entender. Entiendo que aunque tenga seguro medico, yo soy responsable de todos los cobros que el seguro médico no pague.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**INDIO SURGERY CENTER**  
▲  
**PATIENT INFORMATION**

