

Formulario de Información del Paciente

Nombre _____ **Fecha** _____

Primer nombre | Segundo nombre | Apellido

Dirección _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

Celular _____ **Teléfono de casa** _____

N.º de Seguro Social _____ **Fecha de nacimiento** _____

Email _____

Marque la opción correspondiente

- Menor de edad
- Soltero/a
- Casado/a
- Divorciado/a
- Viudo/a
- Separado/a

Si es estudiante universitario / F.I.T.P.T., nombre de la institución _____

Ciudad _____ **Estado** _____

Empleador del paciente o del padre/madre _____

Teléfono laboral _____

Dirección del trabajo _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

Nombre del cónyuge o del padre/madre _____

Empleador _____

Teléfono laboral _____

Quién puede referirlo a usted _____

Persona de contacto en caso de emergencia _____

Teléfono _____

Parte Responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta _____

Relación con el paciente _____

Dirección _____

Teléfono de casa _____

N.º de licencia de conducir _____

Fecha de nacimiento _____

N.º de Seguro Social _____

Empleador _____

Teléfono laboral _____

¿Esta persona es actualmente paciente en nuestra clínica?

Sí

No

Información del Seguro

Nombre del asegurado _____

Relación con el paciente _____

Fecha de nacimiento _____

N.º de Seguro Social _____

Fecha de empleo _____

Nombre del empleador _____

Sindicato o número local _____

Teléfono laboral _____

Dirección del empleador _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

Compañía de seguro _____

Teléfono _____

Grupo N.º _____

N.º de póliza / ID _____

¿Cuál es su deducible? _____

¿Cuánto ha utilizado? _____

Beneficio máximo anual _____

¿Tiene un seguro adicional?

Sí

No

Si respondió **Sí**, complete lo siguiente:

Nombre del asegurado _____

N.º de Seguro Social _____

Fecha de empleo _____

Nombre del empleador _____

Sindicato o número local _____

Teléfono laboral _____

Dirección del empleador _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

Compañía de seguro _____

Teléfono _____

Grupo N.º _____

N.º de póliza / ID _____

Dirección de la aseguradora _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

¿Cuál es su deducible? _____

¿Cuánto ha utilizado? _____

Beneficio máximo anual _____

X _____

Firma del paciente (o padre/madre si es menor)

Número de paciente: _____