

HOJA DE INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

Apellido del paciente _____ Nombre _____ Inicial _____

Dirección _____ Sexo _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código postal _____ Fecha de nacimiento _____

Teléfono (casa) _____ Origen del paciente _____

Estado civil de los padres: Casados _____ Solteros _____ Divorciados _____ Separados _____

Nombre de la madre _____ Nombre del padre _____

Seguro social # _____ Seguro social # _____

Teléfono del trabajo _____ Teléfono del trabajo _____

Teléfono de celular _____ Teléfono de celular _____

Empleador _____ Empleador _____

Persona responsable _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____ Relación con el paciente _____ Seguro social # _____

En caso de emergencia llame _____ Teléfono _____

Relación _____ Razón por su visita _____

Compañía principal de seguro medico _____ Teléfono _____

Dirección donde se envían los cobros _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ Numero de la póliza _____

Numero de grupo _____ Nombre de la persona poseedora de la póliza _____

Fecha de nacimiento _____ Relación con el paciente _____

Compañía de seguro medico secundaria _____ Teléfono _____

Dirección donde se envían los cobros _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ Numero de la póliza _____

Numero de grupo _____ Nombre de la persona poseedora de la póliza _____

Fecha de nacimiento _____ Relación con el paciente _____

Medico principal o nombre del pediatra _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Alergias _____

Hay alguien en su familia que fuma ? _____ Quien _____

Se espera que todos costos se paguen después de recibir los servicios a no ser que sean los de un paciente hospitalizado

YO AQUI PRESENTE AUTORIZO AL DOCTOR MENCIONADO ANTERIORMENTE PARA QUE OBTENGA MIS ARCHIVOS MEDICOS DE OTRAS FUENTES CUANDO SEAN NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE. YO AQUI PRESENTE AUTORIZO PARA QUE SE LIBERE INFORMACION CON EL TRATAMIENTO DE ESTE PACIENTE A OTROS MEDICOS ENVUELTOS EN EL CUIDADO Y TRATAMIENTO DE ESTE PACIENTE. YO AQUI PRESENTE AUTORIZO PARA QUE SE INFORME A LA COMPANIA DE SEGUROS CUANDO SE NECESITE PARA ENVIAR LOS COBROS QUE SE HAN CREADO POR ESTE PACIENTE. YO AQUI PRESENTE AUTORIZO PAGO DE LOS BENEFICIOS POR MEDIO DE LA COMPANIA DE SEGUROS QUE ME CORRESPONDEN Y SOY RESPONSABLE POR LA CANTIDAD NO CUBIERTA POR LA COMPANIA DE SEGUROS. UNA COPIA DE ESTA INFORMACION ES VALIDA COMO EL ORIGINAL.

FIRMA DEL PADRE O PERSONA RESPONSABLE

FECHA

DE PACIENTE