



Account Number: \_\_\_\_\_

Physician: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre		¿Trabaja o asiste a escuela?		¿Tiempo Completo o Parcial?	
Dirección		Patrono			
Ciudad, Estado, Código Postal		Dirección			
Número de teléfono de la casa ( )		Ciudad, Estado, Código Postal			
Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Número de seguro social	Número de teléfono/Extensión ( )	
Sobrenombre		Correo Electrónico*			
Contacto en caso de emergencia/Relación			Número de teléfono ( )		

### INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA

Nombre	Número de teléfono ( )
Dirección	Número de seguro social
Ciudad, Estado, Código Postal	Relación con el paciente

### SEGURO MEDICO PRIMARIO

Nombre	Número de grupo	Nombre de asegurado	
Dirección	Número de pólizo	Relación con el paciente	
Ciudad, Estado, Código Postal	Nombre de Médico Primario	Fecha de nacimiento	Sexo
Número de teléfono para beneficios		Número de seguro social	
Número de teléfono para precertificar	Patrono	Número de teléfono de su empleador ( )	

### SEGURO MEDICO SECUNDARIO

Name	Número de grupo	Nombre de asegurado	
Dirección	Número de pólizo	Relación con el paciente	
Ciudad, Estado, Código Postal	Nombre de Médico Primario	Fecha de nacimiento	Sexo
Número de teléfono para beneficios		Número de seguro social	
Número de teléfono para precertificar	Patrono	Número de teléfono de su empleador ( )	

### SEGURO MEDICO TERCARIO

Name	Número de grupo	Nombre de asegurado	
Dirección	Número de pólizo	Relación con el paciente	
Ciudad, Estado, Código Postal	Nombre de Médico Primario	Fecha de nacimiento	Sexo
Número de teléfono para beneficios		Número de seguro social	
Número de teléfono para precertificar	Patrono	Número de teléfono de su empleador ( )	

¿Cómo nos conoció?

Referido por:

\*con su dirección de correo electrónico acerca de su información de salud médica protegida (PHI). Si no quiere recibir correo electrónico de nosotros, favor de dejarlo en blanco.

Yo certifico que la información dado como documento arriba esta correcta. También certifico que yo he recibido los documentos indicados a revisar y copias de estos documentos estan disponibles si me gustaria obtenerlos.

**Política Financiera** (FP062706) **Notificación de prácticas de privacidad** (NPP062706) **Servicios No Cubiertos** (NCS062706)

Con su firma abajo, Ud. reconoce que ha leído y completamente entiende los documentos que hemos referido arriba.

Firma \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letras de molde \_\_\_\_\_

PIF062706