

INFORMACIÓN DEL PACIENTE - POR FAVOR, EN LETRA DE IMPRENTA			
Nombre del paciente:		Número de teléfono:	Teléfono del trabajo:
Dirección:		Ciudad, Estado, Código Postal:	
Empleador:		Ocupación:	Estudiante: Tiempo completo o Tiempo parcial (Encierre uno en un círculo, si es pertinente)
Fecha de nacimiento: ____/____/____	Sexo: M o F	Número de Seguro Social: ____/____/____	Estado Civil (Encierre uno en un círculo) S C D V
Número de teléfono de emergencia:		Nombre de contacto de emergencia:	
Médico General (Éste es el médico que usted ve para tener atención médica de rutina.)		Médico Remitente (Este es el médico que le recomendó que se pusiera en contacto con nosotros.)	
IMPORTANTE: ¿A quién más le gustaría informarle de su visita a nosotros? (¿Su alergista? ¿Su cardiólogo? ¿Su reumatólogo?)			
DATOS DE FACTURACIÓN - POR FAVOR, EN LETRA DE IMPRENTA			
Nombre de la Parte Responsable (si no es el paciente)			
Dirección:		Ciudad, Estado, Código Postal:	
Número de teléfono de la casa:		Número de teléfono del trabajo:	
Empleador:		Número de Seguro Social: ____/____/____	
Nombre del Seguro de Salud Principal y Dirección:		Nombre del Asegurado:	
Número de Póliza:	Número de Grupo:	Fecha de nacimiento del asegurado: ____/____/____	
Parentesco del paciente con el asegurado:			
Nombre del Seguro de Salud Suplementario y Dirección:		Nombre del Asegurado Y Empleador:	
Número de Póliza:	Número de Grupo:	Fecha de nacimiento del asegurado: ____/____/____	
Parentesco del paciente con el asegurado:			
<p>***** IMPORTANTE *****</p> <p>Si su seguro de salud exige una remisión, usted debe tener una remisión vigente en su posesión en el momento de su cita. El copago que le corresponde debe hacerlo en el momento de su cita. Para su comodidad, nosotros aceptamos Mastercard y VISA. Un cargo por servicio se hará a su cuenta si el copago no lo hace el día de su cita.</p> <p style="text-align: center;">Por favor, vea el reverso de este formulario.</p>			