

INFORMACIÓN DEL PACIENTE**ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE**

Número e historial _____

Información del paciente:

Fecha de hoy: _____ Referido por: _____

Nombre del paciente _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido Sobrenombre

Dirección _____ Apartado postal/Apartamento n.º _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____ Número de Seguro Social del paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo Masculino Femenino _____**Información del tutor: :**

Número de Seguro Social del tutor: _____ Estado civil _____

Fecha de nacimiento del tutor _____ Relación con el paciente _____

Nombre del empleador _____ Número de teléfono del empleador _____

Dirección del empleador _____
Ciudad Estado Código postal

Teléfono de día: () _____ Número de teléfono celular: () _____

Dirección de correo electrónico: _____ Número de teléfono: () _____

Contacto de emergencia: Enumere a partir del más importante primero

1) Nombre _____ Número de teléfono _____ Relación _____

2) Nombre _____ Número de teléfono _____ Relación _____

Información de facturación: Parte responsable si no es el pacienteNombre de la facturación _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Número de teléfono _____

Información del seguro: Proporcione copias de todos los seguros médicos y complete lo siguiente:**Asegurado principal**Primer nombre Segundo nombre Apellido Nombre de la compañía de seguros

Dirección _____ Número de teléfono _____

Fecha de nacimiento del asegurado _____ Sexo del asegurado Masculino Femenino

Número de Seguro Social _____

Nombre/dirección del empleador _____
Número de teléfono del empleador**Asegurado secundario**Primer nombre Segundo nombre Apellido Nombre de la compañía de seguros

Dirección _____ Número de teléfono _____

Fecha de nacimiento del asegurado _____ Sexo del asegurado Masculino Femenino

Número de Seguro Social _____

Nombre/dirección del empleador _____
Número de teléfono del empleador

"Yo certifico que la información que proporcioné anteriormente es correcta. Por este medio autorizo a que se divulgue cualquier información médica u otro tipo de información a cualquier tercero que pague para que éste lo utilice en virtud del pago de cualquier reclamo que resulte de mi tratamiento. No haré responsable a esta entidad de atención médica o a sus proveedores por la divulgación posterior que dicho tercero haga de mi información médica. Además autorizo la divulgación de dicha información a y de mis médicos, agencias estatales o federales u otros proveedores de atención médica si es necesario para propósitos de continuidad de la atención, control de calidad o revisión de utilización. Autorizo a este hospital y a su personal profesional así como a los auxiliares que éste pueda nombrar, para que lleven a cabo dichos procedimientos para administrar el tratamiento y proporcionar dicha atención según se indique. Estoy de acuerdo en que se realicen dichos tratamientos médicos o procedimientos además de o distintos a aquellos que se contemplan en este momento y que puedan surgir debido a condiciones inesperadas que puedan surgir durante mi tratamiento. Además le otorgo beneficios al médico, comprendo y acepto que soy responsable por cualquier saldo a pagar luego de haberse presentado el reclamo al seguro. La copia de la presente autorización puede utilizarse en sustitución del original".

Firma _____ Fecha _____

