

Perfil del Paciente

Médico: _____

Fecha/ Hora de su Cita: _____

Información del Paciente

Nombre: _____

ID# del Paciente _____ Sexo: M F

Apodo: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirreccion: _____

de Seguro Social: _____

Cuidad/ Estado: _____

Estado Civil : Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a)

Dirreccion alt: _____

Médico de Referencia: _____

Cuidad/ Estado: _____

Médico Primario: _____

Teléfono: _____

Idioma Preferido: _____

Teléfono: _____

Correo electronico: _____

Teléfono: _____

Conectese con: _____

Empleo del Paciente

Empleo Retirado Desempleo Otro

Empleador: _____

Teléfono: _____

Contacto de Emergencia

Responsabilidad de pago Financiero del Paciente

Mismo Paciente

Nombre: _____

Dirreccion: _____

Cuidad/ Estado: _____

Empleo

Empleador: _____

Teléfono: _____

Teléfono alt: _____

de Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Primario

Mismo Paciente Mismo Fiador Otro

Asegurado: _____

Teléfono del Asegurado: _____

Compañía: _____

Relacion al Segurado/Fiador Primary: _____

de Seguro Social: _____

ID del Seguro: _____

Poliza: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Secundario

Mismo Paciente Mismo Fiador Otro

Asegurado: _____

Teléfono del Asegurado: _____

Compañía: _____

Relacion al Segurado/Fiador Primary: _____

de Seguro Social: _____

ID del Seguro: _____

Poliza: _____

Fecha de Nacimiento: _____

La información anterior es verdadera y correcta. Yo entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo no cubierto por mi seguro. voy a pagar esos saldo dentro de los 20 días siguientes al recibo de un comunicado. si las colecciones que sea necesario, voy a ser responsable de los gastos incurridos.

Firma: _____

Fecha: _____