

# Centro Médico Partida Corona

Fecha \_\_\_\_\_

Correo \_\_\_\_\_

PACIENTE No. \_\_\_\_\_

<b>INFORMACION DE PACIENTE</b>					
<b>INFORMACION DEL PACIENTE</b>	NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)			SSN – SEGURO SOCIAL	
	TELEFONO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	ESTADO CIVIL
	DIRECCION				APARTAMENTO#
	CIUDAD		ESTADO		ZIP – ZONA POSTAL
	NOMBRE DEL EMPLEADOR			OCUPACION	
	DIRECCION DEL EMPLEADOR				TELEFONO
	CIUDAD		ESTADO		ZONA POSTAL
<b>ER</b>	NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA		TELEFONO	RELACION	
	DIRECCION		CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL
<b>REPRESENTANTE RESPONSABLE</b>					
<b>REPRESENTANTE RESPONSABLE</b>	PERSONA RESPONSABLE (APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)			SSN – SEGURO SOCIAL	
	DIRECCION			TELEFONO	
	CIUDAD		ESTADO		ZIP – ZONA POSTAL
	EMPLEADOR			OCUPACION	
	DIRECCION DEL EMPLEADOR				TELEFONO
	CITY – CIUDAD		STATE – ESTADO		ZIP – ZONA POSTAL
<b>ER</b>	RAZON DE LA VISITA		DOCTOR DE REFERENCIA	¿ CÓMO ESCUCHO DE NOSOTROS?	
<b>INFORMACION DE ASEGURADORA</b>					
<b>ASEG. PRIMARIA</b>	ASEGURADORA PRIMARIA			TELEFONO	
	DIRECCION		CITY – CIUDAD	STATE – ESTADO	ZIP – ZONA POSTAL
	POLICY HOLDER'S NAME – NOMBRE DE EL ASEGURADO		FECHA DE NACIMIENTO		SSN – SEGURO SOCIAL
	RELACION CON EL PACIENTE		POLICY HOLDER'S EMPLOYER – NOMBRE DEL EMPLEADOR ASEGURADO		
	NUMERO DE POLIZA		NUMERO DE GRUPO		FECHA DE EFECTO
<b>ASEG. SECUNDARIA</b>	ASEGURADORA SECUNDARIA			TELEFONO	
	DIRECCION		CIUDAD	ESTADO	ZIP – ZONA POSTAL
	NOMBRE DE EL ASEGURADO		FECHA DE NACIMIENTO		SSN – SEGURO SOCIAL
	RELACION CON EL PACIENTE		NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL ASEGURADO		
	NUMERO DE POLIZA		NUMERO DE GRUPO		FECHA DE EFECTO

La informacion obtenida es completa y correcta. Por este medio usted autoriza la divulgación de la información necesaria al hacer reclamos con mi aseguradora. También asigno beneficios que de otra manera serian pagados por mí a que sean asignados a mi doctor o grupo indicado en el relamo. Yo entiendo que soy responsable por cargos del doctor relacionados a servicios médicos prestados independiente del tipo de aseguradora.

FIRMA DEL PACIENTE	FECHA	FIRMA DEL RESPONSABLE	FECHA