

INFORMACION PERSONAL SOBRE EL SEGURO MEDICO

Apellido _____	Nombre _____	Fecha de nacimiento / /	# Seguro Social - -
Direccion _____	Ciudad _____	Estado _AZ _____	Codigo Postal _____
Telefono Casa _____	Telefono Celular _____	Telefono Trabajo _____	
E-MAIL _____ @ _____			
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casad@ <input type="checkbox"/> Solter@ <input type="checkbox"/> Divorciad@ <input type="checkbox"/> Viudo@ <input type="checkbox"/> Separad@		Sexo <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino	

INFORMACION COMPANIA DE SEGURO (Debe llenarse completamente para verificacion)

_____ Marque aqui si usted **NO** tiene seguro

Compania de Seguro Primaria	Nombre del Asegurad@ _____	Fecha de Nacimiento del Asegurad@ _____	Relacion del paciente con el asegurad@ __El/Ella mism@ <input type="checkbox"/> Espos@ <input type="checkbox"/> Hij@ <input type="checkbox"/> Otro
# de Poliza _____	# de Grupo _____		
Compania de Seguro Secundaria	Nombre del Asegurad@ _____	Fecha de nacimiento del Asegurad@ _____	Relacion del paciente con el Asegurad@ __El/Ella mism@ <input type="checkbox"/> Espos@ <input type="checkbox"/> Hij@ <input type="checkbox"/> Otro
# de Poliza _____	# de Grupo _____		

Nos requieren hacerle preguntas respecto a su raza: Blanco o Caucasico Hispano o Latino Hispano o Latino Negro Negro o Afroamericano
 Nativo Americano o de Alasa Nativo Hawaiano o del Pacifico Asiatico Otro Preferiero no responder

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION RESPECTO A SU ESTADO DE SALUD

Yo autorizo se le haga saber y/o se discuta informacion con respecto a mi estado de salud con las siguientes personas:

Nombre _____ Relacion _____ # Telefonico _____

Nombre _____ Relacion _____ # Telefonico _____

Nombre _____ Relacion _____ # Telefonico _____

No discuta mi informacion con ninguno

FARMACIA

Nombre de la farmacia _____	Direccion: _____	# Telefonico: _____
-----------------------------	------------------	---------------------

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre _____	Relacion _____	# Telefonico _____
--------------	----------------	--------------------

Yo declaro que las respuestas de arriba son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Al firmar aqui hago saber que he leído el anverso y reverso de esta forma y que estoy de acuerdo con los terminos en ella explicados.

x _____
 Firma del paciente o persona responsable Fecha

PACIENTES NUEVOS: Favor indicarnos como supieron de nosotros. Gracias!

Medico Amigo Compania de Seguro Internet Other: