

Fecha: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE PACIENTE**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Telefono de Celular: \_\_\_\_\_  
Sexo: M F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civi: \_\_\_\_\_

**Persona Responsable** (Si es otra persona): Esposa Esposo Padre Madre Otro  
Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_

**Cobros de hoy pagare por:** ( ) En efectivo ( ) Cheque ( ) Tarjeta de Credito

**Empleador de Paciente or Pardes:** \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_ Extension: \_\_\_\_\_

**Empleador de Esposo / Esposa:** \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**A quien le daremos gracias por referir a usted a nuestra oficina?** \_\_\_\_\_

**SEGURO MEDICO PRIMARIO:**

Nombre de Aseguransa: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
Numero de Identificacion: \_\_\_\_\_ Num. De Grupo: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

**SUSCRIPTOR:** (Si no es usted)

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre; \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_ Fecha De Namcimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_

**SEGURO MEDICO SECUNDARIO:**

Nombre de Aseguransa: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
Numero de Identificacion: \_\_\_\_\_ Num. De Grupo: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

**SUSCRIPTOR:** (Si no es usted)

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre; \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_ Fecha De Namcimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre de amistad o pariente en aqual no vive con usted: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_

Con mi firma, consiento a divulgación de información al asistir a procedimientos de mi seguro medico. Autorizo pagos de mis beneficios para mi o a mi medico Dr.Cohn/Dr.Daines/Dr.Neerings como acepte en el tiempo que recibe tratamiento y servicios rendidos. Me ago responsa'ble de pagos a mi cuenta.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_