## **INFORMACION DE CUENTA DEL PACIENTE**

	Pac	iente					
Nombre					🗆 Hombre	□ Mujer	
Apellido Domicilio_	Nombre		Segundo No	ombre			
Casa Tel. #	Ciudad		Estado Fecha de Nacir			Codigo Postal cimiento	
Seguro Social #	Estado Marital:	□ Soltero	□ Casado	□ Div	orciado □ V	'iudo	
Nombre del Doctor	Nombre del E	mpleador			Tel#		
Domicilio del Empleador							
. Ciuda	Parte Responsa	Estado able de Fina		Codigo P	Postal		
Nombre	·				Hombre	□ Mujei	
Apellido Domicilio_	Nombre		Segundo No			_	
Casa Tel. #	Ciudad		Estado <b>Fech</b>	a de N	Codi acimiento	go Postal	
¿Quien te recomendo? ¿Usted o miembros de su familia han s			Licencia #:		□ No		
Zosted o miembros de sa familia man s							
Nombre de la Persona que tiene Asegu	Apellido		Nombre		Segundo Nomb	re	
Domicilio	Ciudad		Estado			go Postal	
Fecha de Nacimiento (asegurado)  Seguro Social #						□ Mujer	
Grupo #							
Relacion al Paciente:	□ Esposo	□ Niño					
	Informacion Ase	guranza Se					
Nombre de la Persona que tiene Asegu	ıranza						
Domicilio			Nombre		Segundo Nomb		
Fecha de Nacimiento (asegurado)			Estado			go Postal □ <b>Mujer</b>	
Seguro Social #							
	∃ Esposo □ Niño						
	Contactar en cas	so de Emer	gencia				
Nombre		!	Relacion				
Domicilio							
Casa Tel. #		Trabajo ¯	Геl. #				
Por este medio autorizo a que mis beneficio servicios prestados.	s de seguro médico sear	hechos direc	tamente a mi dócto	or y cua	lquier dóctor asis	stente, por	
Por este medio declaro que la información d yo soy responsable y conozco mis beneficio de seguro médico. Yo comprendo que sera	s/cobertura. Yo sere res	ponsable por t	todos los cargos q	ue no se	ean cubiertos por		
Tambien, por este medio, autorizo para que proposito de pago por servicios médicos y/o valida como la original.							
Los cargos deberan ser pagados al moment servicios asumiendo que nuestros servicios su compañia de seguro médico. En caso de abogados, agencia de cobros y cualquier co consentimiento.	seran pagados por la cor e tener problemas al hace	mpañia de seg er los cobros a	juro médico. Su c i usted, se le carga	obertura aran a si	a es un acuerdo e u cuenta los cost	entre usted y os de	
Firma	Fecha						