



INFORMACION DE PACIENTE

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Género H / M

Estado Civil _____ Etnicidad _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Correo Electrónico _____

Contactos de Emergencia:

1. Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

2. Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

Razón De Su Visita _____

Indique Cualquier Alergia / Reacción Que Tenga A Medicamentos _____

Doctor General _____ Telefono _____

¿Como supiste de nosotros? ___ Doctor ___ Familiar ___ Feria de la Salud ___ Internet ___ Amigo ___ Otro

Si el paciente es un menor: ¿Quién tiene custodia? _____ ¿Con quién vive? _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Compania De Seguro (Primario) _____ Grupo _____

Nombre De Asegurado _____ Fecha De Nacimiento _____

Número De Identificación _____ Empleador _____

Compania De Seguro (Secundario) _____ Grupo _____

Nombre De Asegurado _____ Fecha De Nacimiento _____

Número De Identificación _____ Empleador _____

LA PERSONA RESPONSABLE POR LOS CARGOS SI NO ES EL PACIENTE

Nombre _____

Numero de Seguridad Social _____ Numero de Licencia de Conducir _____

Relacion Al Paciente _____ Teléfono _____

Dirección (si es diferente del paciente) _____

YO ENTIENDO QUE YO SOY RESPONSABLE POR LOS CARGOS QUE LOS AGENTES MENCIONADOS NO CUBRAN. YO ESTOY DE ACUERDO DE QUE EN UN EVENTO DE NO PAGAR, YO SERIA RESPONSABLE POR TODOS LOS INTERESES Y LA COLECCION FINANCIERA. YO AUTORIZO A LA COMPANIA ASEGURADORA MIA PARA DAR INFORMACION EN CUENTA DE MI COBERTURA FINANCIERA A **AAIASTX**. ESTE CONTRATO INCLUYE CUALQUIER Y TODOS LOS BENEFICIOS BAJO MEDICARE. OTROS PROGRAMAS FINANCIADOS POR EL GOBIERNO Y SEGURO PRIVADO. YO ACEPTO A ESTE DOCUMENTO COMO SER UNA OBLIGACION LEGAL, PARA COLECTAR MIS BENEFICIOS COMO PAGO POR LOS RECLAMOS DE SERVICIO. EN EL EVENTO DE QUE MI SEGURO NO ACEPTE ESTE ASIGNO DE BENEFICIOS, O QUE PAGOS SEAN HECHOS DIRECTO A MI O MI REPRESENTANTE, YO DARE ESTOS PAGOS A **AAIASTX**.

Firma Del Paciente / Persona Responsable: _____ Fecha: _____