

CLINICA SANTA MARIA:

NOMBRE:.....
TELEFONO:.....EMAIL:.....
DIRECCION:.....
 CIUDAD.....ESTADO.....ZIP:.....

FECHA DE NACIMIENTO:.....SEXO:.....
EDAD:.....

HISTORIA MEDICA:
OCUPACION:.....ESTADO CIVIL:.....
NOMBRE DEL DOCTOR ANTERIOR :.....

ALERGIAS A MEDICINAS :.....
.....

MEDICINAS QUE TOMO :

1.....2.....
3.....4.....
5.....6.....
7.....8.....
9.....10.....

FARMACIA : NOMBRE :.....
 TELEFONO.....CIUDAD.....

ALGUNA RAZON EN PARTICULAR PARA VER AL MEDICO :

.....
.....
.....

QUE ENFERMEDADES TIENE ;

.....
.....
.....
.....

CONTACTO DE EMERGENCIA :

NOMBRERELACION.....
TELEFONO.....

OTRA INFORMACION QUE NOS QUIERA PROPORCIONAR ?

.....
.....
.....
.....

SEGURO MEDICO:.....
NUMERO ID:.....TITULAR DE SEGURO.....
NUMERO GRUPO DE SEGURO:.....COPAY.....

YO VERIFICO LA VERDAD DE LA INFORMACION Y AUTORIZO LA LIBERACION DE LA INFORMACION NECESARIA PARA PROCESAR EL PAGO DEL SERVICIO MEDICO.AUTORIZO EL PAGO DE LOS SERVICIOS MEDICOS AL PROVEEDOR DE LA CLINICA SANTA MARIA.

I ACEPTO QUE SI SE NECESITA SER REFERIDO O UNA AUTORIZACION ,SERE RESPONSIBLE DE LOS BALANCES DEL SERVICIO MEDICO O CONSULTA .

FIRMA DEL PACIENTEFECHA:.....

NOTA: NO SE OLVIDE DE TRAER SU TARJETA DE SEGURO Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD

BIEN VENIDO ! A LA CLINICA SANTA MARIA .