



# PHYSICIANS OF KATY

462 S. Mason Road, Suite 100  
Katy, TX 77450  
Phone 281.693.5289 \* Fax 281.693.3111

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE					
APELLIDO DEL PACIENTE		NOMBRE		INICIAL	
FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/yyyy)		NUMERO DE SEGURO SOCIAL		SEXO (marque uno)	
ESTADO CIVIL (marque uno)		NOMBRE DEL CÓNYUGE		MASCULINO / FEMENINO / TRANS	
Casado / soltero / OTROS				CÓNYUGE NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN POSTAL					
CIUDAD			ESTADO		ZIP
Dirección (si es diferente del anterior)					
CIUDAD			ESTADO		ZIP
TELÉFONO DE LA CASA		CELULAR		TELÉFONO DEL TRABAJO	
NOMBRE DEL EMPLEADOR			DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		
MOTIVO DE LA VISITA DE HOY					
RESPONSABLE		SI ES DIFERENTE DE INFORMACIÓN AL PACIENTE SOBRE			
Nombre (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)			RELACIÓN CON EL PACIENTE (marque uno)		
			HIJO OTRO CÓNYUGE _____		
DIRECCIÓN POSTAL					
CIUDAD			ESTADO		ZIP
INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO					
COMPAÑÍA DE SEGUROS PRIMARIA					
Nombre del asegurado			FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/yyyy)		SEXO (marque uno)
					MASCULINO / FEMENINO / TRANS
NÚMERO DE PÓLIZA			NÚMERO DE GRUPO		
RECLAMACIONES DIRECCIÓN			CIUDAD	ESTADO	ZIP
INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO					
COMPAÑÍA DE SEGUROS SECUNDARIA					
Nombre del asegurado			FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/yyyy)		SEXO (marque uno)
					MASCULINO / FEMENINO / TRANS
NÚMERO DE PÓLIZA			NÚMERO DE GRUPO		
RECLAMACIONES DIRECCIÓN			CIUDAD	ESTADO	ZIP

**RECONOCIMIENTO Y FIRMA**

POR LA PRESENTE reconoce y confirma, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERDADERA Y CORRECTA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA: Por la presente autorizo Hector Ubaldo MD, PA para amueblar mi compañía de seguros (es) y otros médicos cualquier información médica adquirida en el curso de mi examen o tratamiento.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS OB: Por la presente autorizo el pago directamente a Hector Ubaldo MD, PA de todas las prestaciones debidas por los servicios prestados. Todos los pagos son debidos en el momento del servicio.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA (mm/dd/yyyy)

FIRMA DEL TUTOR \*\* Los pacientes menores de 18 años deben estar acompañados por un padre o tutor \*\*

FECHA (mm/dd/yyyy)