

Nombre del Paciente:		<u>Sexo</u> M F	Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad _____	Estado Marital: Soltero/a [] Casado/a [] Divorciado/a [] Viudo/a []
Direccion:		<u>Ethnicity:</u> Hispanic [] Non-Hispanic []		Seguro Social del paciente: Tiene usted hecho una Directiva de Instrucciones Anticipado o un "Testamento en Vida" Si [] No []
Ciudad	Estado	Codigo Postal	Telefono de Casa :	
Correo Electronico:		Cellular:		
Raza: Blanco [] Negro/Africano Americano [] Indio Americano/ Nativo de Alaska [] Asiatico [] Otra Isla del Pacifico _____ Otra Raza: _____				
<u>Persona Responsable por la Cuenta? (El Asegurado)</u>		Circule Uno: Yo Conyuge Padres	Fecha nacimiento del Asegurado ____/____/____	Seguro Social del Asegurado
Nombre del Empleador <u>del Asegurado</u>			Ocupacion <u>del Asegurado</u>	
Direccion de Empleo <u>del Asegurado</u>			Numero de Telefono <u>del Asegurado</u>	
Nombre de Conyuge/ Acompañante <u>O</u> nombre de Padres or Guardianes DEL PACIENTE				Telefono de contacto
Para el Paciente: Nombre del Empleador o sitio de Educacion			Ocupacion	Numero de Telefono
Direccion:			Estado:	Codigo Postal
Razon por la visita:			Fue Referido...?	
Nombre de Contacto en caso de emergencia? {requerido}		Relacion al paciente?	Numero de contacto para emergencia	
Direccion				
Medicare? Si [] No []	Medicare #	Medicaid ? Si [] No []	Medicaid #	Fecha de Efectividad
Nombre de asegurancia primaria [si es que tiene empleo-por lea su empleador es primario] (favor entregar una copia a recepcion)				
Nombre de aseguransa Secundaria o suplementa (favor entregar una copia a recepcion)				
Firma de por vida Yo certifico que la información contenida en este formulario es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Además, Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar los reclamo(s) para todo tratamiento(s) y pago(s). Yo autorizo el pago de beneficios médicos a Andres Patron D.O. proveedor de servicios. Yo estoy de acuerdo, independientemente de la cobertura del seguro de que yo soy responsable de todos los gastos incurridos. El pago será REQUERIDO al momento que el medico or consulta rinde servicio. Le enviaremos el cobro o factura a su seguro como una cortesía. Por lo tanto, entiendo que soy financieramente responsable de los servicios no cubiertos por mi compañía de seguros y me comprometo a pagar todos los costos de colección, honorarios de abogados , y todos los demás costos asociados con la colección de cualquier cuenta, cantidad, o balance. Este consentimiento incluye , sin limitaciones, los futuros resultados de pruebas, resultados o laboratorios. Yo, el firmante, autorizo al proveedor y quien sea designado como su asistente(s), a administrar servicios, tratamientos y procedimientos que en su opinión se consideren necesario.				
Firma del Paciente			Fecha	