



Informacion Del Paciente

Fecha de Hoy ___/___/___

Tu Medico Familiar _____

Que Farmarcia usas _____

Paciente

Apellido _____ Primer Nombre _____ Letra Del Medio _____

Fecha de Nacimiento ___/___/___ Soltero, Casado, Divorciado, Biudo (Marca Uno) Hombre/Mujer

Numero Social ____ - ____ - ____

Donde Vives/calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Telefono de Casa (____) ____ - ____ Telefono del Trabajo (____) ____ - ____ Telefono Celular (____) ____ - ____

En caso de Imergencia

A Qien podemos llamar _____ (Hermano, Hermana, Padres, Primo, Amigo)

Primer Nombre _____ Apellido _____

Telefono de Casa (____) ____ - ____ Telefono del Trabajo (____) ____ - ____ Telefono Celular (____) ____ - ____

Qien Es Responsable Para La Quenta de Hoy

Nombre de la Compania de Seguro _____

Relacion con el paciente _____ Fecha de Nacimiento del Seguraro ___/___/___

Numero Social del Seguraro ____ - ____ - ____ Quanto tienes que pagar por/tu parte de la cita de hoy \$ _____

Numero de tu contrato _____ Numero de tu Grupo de seguro _____

Tienes Un Seguro secundario? Si _____ No _____

Yo le doy permiso, para que busquen datos sobre mi o mi familia, para el tratamiento del salu para reclamar castos por beneficvios de mi seguro. Yo le doy permiso a mis compania de seguro, que pagen mis beneficvios de seguro directamente al Medico. (Nosotros vamos a presentar los papeles nececirio a tu compania de seguro, por los servicios que te damos. Si tu compania de seguro no paga, usted es responsable por la quanta de hoy.)

X _____ Fecha ___/___/___
Firma del Paciente o Los padres/si es un menor