

INFORMACIÓN del PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Correo Electrónico: _____
Telefónico: _____ #de Celular: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ ZP: _____
Fecha de Nacimiento: _____ # de Seguro Social: _____ Sexo: M / F _____
Estatus Civil: S-C-D-V Otro _____ Medico Quien lo Refirió: _____
Empleador: _____ TC/TP/Jubilado/Estudiante/Cuenta Propia/Otro _____
Telefónico de Empleador: _____ Dirección: _____
¿Cómo escucho acerca de nosotros? _____

DIRECCIÓN LEGAL/MEDICARE (Si es diferente al del anterior)

Dirección: _____ # de Dpto.: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ ZP: _____

ENTIDAD RESPONSABLE (Si es diferente al del anterior)

Nombre de la Madre: _____ Nombre del Padre: _____ # Telefónico: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ ZP: _____
Fecha de Nacimiento: _____ # de Seguro Social: _____ Sexo: M / F _____
Empleador: _____ # Telefónico de Empleador: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ ZP: _____

CONTACTO de EMERGENCIA

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

INFORMACIÓN de SEGURO MEDICO PRIMARIO

¿Lesión a través del trabajo? S/N # de Reclamo: _____ Fecha de la Lesión: _____
¿Accidente automovilístico?: S/N #: _____ Fecha de la Lesión: _____
Empresa de Seguro Medico: _____ **# Telefónico:** _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ ZP: _____
de ID/ de Póliza: _____ Nombre del Empleador/Grupo: _____
de Grupo: _____ Nombre del Asegurado Primario: _____ Fecha de Nacimiento: _____

INFORMACIÓN de SEGURO MEDICO SECUNDARIO

¿Lesión a través del trabajo? S/N # de Reclamo: _____ Fecha de la Lesión: _____
¿Accidente automovilístico?: S/N #: _____ Fecha de la Lesión: _____
Empresa de Seguro Medico : _____ **# Telefónico:** _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ ZP: _____
de ID/ de Póliza: _____ Nombre del Empleador/Grupo: _____
de Grupo: _____ Nombre del Asegurado Primario: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Paciente o Su Representante (Relación)

Fecha