



Información del Paciente

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial del 2do nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad _____ Sexo: M F Edo. Civil: soltero casado divorciado
Dirección: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal (Zip): _____ Tel. de Hogar: _____ Tel. Celular: _____

Información del Seguro

Seguro Primario: _____ Número de identificación (ID): _____
Nombre del Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____
Dirección del Suscriptor: _____
Teléfono: _____ Relación del Suscriptor con el Paciente: _____
Seguro Secundario: _____ Número de identificación (ID): _____
 Marque aquí si el suscriptor es el mismo que el nombrado anteriormente
Nombre del Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____
Dirección del Suscriptor: _____
Teléfono: _____ Relación del Suscriptor con el Paciente: _____

Autorización de Contacto

Dirección Principal de Correo Electrónico: _____ ¿Quiere Portal de Paciente? Sí / No

Contacto de Emergencia:

Nombre	Número de Teléfono	Relación

Favor de marcar aquí si el Contacto de Emergencia **NO** está autorizado para discutir cuidado médico: ____

Contactos adicionales autorizados a hablar acerca del cuidado médico:

Nombre	Número de Teléfono	Relación

Recordatorios de Citas / Información Médica:

En cuál teléfono podemos dejar mensajes? **Texto / Voz-Celular / Voz-Casa / No Llamar**

He verificado toda la información anterior y he dado consentimiento de contactarme como está anotado en este documento. Por favor note que es su responsabilidad de contactarnos si cualquiera de esta información cambia.

Firma: _____ Fecha: _____