

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (CONFIDENCIAL)

NOMBRE _____ NOMBRE _____ INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____ APELLIDO _____ FECHA _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO/PROVINCIA _____ CÓDIGO POSTAL/P.C. _____

CORREO ELECTRÓNICO _____ TELÉFONO CELULAR _____ TELÉFONO PARTICULAR _____

NO. DE SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

MARQUE EL CUADRO CORRESPONDIENTE: MENOR SOLTERO(A) CASADO(A) DIVORCIADO(A) VIUDO(A) SEPARADO(A)

SI ES ESTUDIANTE UNIVERSITARIO A TIEMPO COMPLETO O PARCIAL,
NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD _____ CIUDAD _____ ESTADO/PROVINCIA _____ CÓDIGO POSTAL/P.C. _____

EMPLEADOR DEL PACIENTE O DEL PADRE O TUTOR _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____

DIRECCIÓN COMERCIAL _____ CIUDAD _____ ESTADO/PROVINCIA _____ CÓDIGO POSTAL/P.C. _____

NOMBRE DEL CÓNYUGE O DEL PADRE O TUTOR _____ EMPLEADOR _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____

¿A QUIÉN LE PODEMOS AGRADECER POR DERIVARLO? _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA _____ TELÉFONO _____

PARTE RESPONSABLE

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE _____

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO DE DOMICILIO _____

NO. DE LICENCIA DE CONDUCIR _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ NO. DE SEGURO SOCIAL _____

EMPLEADOR _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____

¿ESTÁ PERSONA ES ACTUALMENTE PACIENTE DE NUESTRA CONSULTA? SÍ NO

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

NOMBRE DEL ASEGURADO _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ NO. DE SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE EMPLEO _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR _____ NO. DE SINDICATO O GREMIO LOCAL _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR _____ CIUDAD _____ ESTADO/PROVINCIA _____ CÓDIGO POSTAL/P.C. _____

COMPAÑÍA DE SEGUROS _____ TELÉFONO # _____ NO. DE GRUPO _____ NO. DE PÓLIZA/IDENTIFICACIÓN _____

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS _____ CIUDAD _____ ESTADO/PROVINCIA _____ CÓDIGO POSTAL/P.C. _____

¿DE CUÁNTO ES SU DEDUCIBLE? _____ ¿CUÁNTO HA USADO? _____ ¿BENEFICIO MÁXIMO ANUAL? _____

¿TIENE ALGÚN SEGURO ADICIONAL? SÍ NO SI LA RESPUESTA ES SÍ, LLENE LO SIGUIENTE:

NOMBRE DEL ASEGURADO _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ NO. DE SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE EMPLEO _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR _____ NO. DE SINDICATO O GREMIO LOCAL _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR _____ CIUDAD _____ ESTADO/PROVINCIA _____ CÓDIGO POSTAL/P.C. _____

COMPAÑÍA DE SEGUROS _____ TELÉFONO # _____ NO. DE GRUPO _____ NO. DE PÓLIZA/IDENTIFICACIÓN _____

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS _____ CIUDAD _____ ESTADO/PROVINCIA _____ CÓDIGO POSTAL/P.C. _____

¿DE CUÁNTO ES SU DEDUCIBLE? _____ ¿CUÁNTO HA USADO? _____ ¿BENEFICIO MÁXIMO ANUAL? _____

ITEM 081-4592/18622

X

SI ES MENOR DE EDAD, FIRMA DEL PADRE O TUTOR DEL PACIENTE _____

NÚMERO DEL PACIENTE _____

REGISTRO