



Informacion del Paciente

FECHA _____

APELLIDO _____	NOMBRE _____	M.I. _____
DIRECCION _____		
CIUDAD _____	ESTADO _____	CODIGO POSTAL _____
TELEFONO DE CASA (____) _____	TELEFONO DE CELLULAR (____) _____	
E-MAIL _____	ALTERNATIVO E-MAIL _____	
MASCULINO/FEMENINO _____	NACIMIENTO _____	SS # _____ LICENCIA # _____
ESTADO CIVIL:	SOLTERO _____	CASADO _____ DIVORCIADO _____ VIUDO _____
NOMBRE DE ESPOSO/ESPOSA _____		

INFORMACION DE EMPLEO DEL PACIENTE

NOMBRE DE EMPLEO _____	TELEFONO DEL TRABAJO (____) _____	Ext: _____
QUIEN TE REFERENCIO CON NOSOTROS _____		

PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA (si es diferente al paciente):

APELLIDO _____	NOMBRE _____	M.I. _____
DIRECCION _____		
CIUDAD _____	ESTADO _____	CODIGO POSTAL _____
TELEFONO DE CASA (____) _____	TELEFONO DE CELLULAR (____) _____	
E-MAIL _____	ALTERNATIVO E-MAIL _____	
MASCULINO/FEMENINO _____	NACIMIENTO _____	SS # _____ LICENCIA # _____
EMPLEADOS POR _____	TELEFONO DEL TRABAJO (____) _____	
RELACION CON EL PATCIENTE:	YO _____	ESPOSO/ESPOSA _____ PARIENTE _____ OTROS _____

INFORMACION DE ASEGURANSA O DE PAGO

Tu pagas por tu consulta? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tiene aseguransa? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ASEGURANSA PRINCIPAL: _____	POLICY #: _____ GROUP #: _____
MEDICAID/CHIP #: _____	
A quen la damos gracias por su visita? _____	
Como te enterastes de nosotros:	<input type="checkbox"/> Libro Telefonico <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Periodico <input type="checkbox"/> Television