



### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_ M / F  
Nombre (Primero, medio, apellido)

\_\_\_\_\_  
Dirección Postal

\_\_\_\_\_  
Ciudad                      Estado      Código Postal

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Número Telefónico

\_\_\_\_\_  
Número de Celular

\_\_\_\_\_  
Dirección del Correo Electrónico

### EN CASO DE EMERGENCIA

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Número Telefónico                      Relación al paciente

### INFORMACION DEL TITULAR DE LA POLIZA DE SEGURO PRIMARIO

\_\_\_\_\_ M / F  
Nombre del Titular (Primero, Apellido)

\_\_\_\_\_  
Dirección Postal

\_\_\_\_\_  
Ciudad                      Estado      Código Postal

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente

### PERSONA RESPONSABLE/ INFORMACIÓN DE PADRE (si paciente es menor de edad)

\_\_\_\_\_ M / F  
Nombre de padre(s) (Si paciente es un menor)\

\_\_\_\_\_  
Dirección Postal

\_\_\_\_\_  
Ciudad                      Estado      Código Postal

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Número Telefónico

\_\_\_\_\_  
Número de Celular

\_\_\_\_\_  
Dirección del Correo Electrónico

### DOCTOR FAMILIAR/PRIMARIO

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del Doctor

\_\_\_\_\_  
Número Telefónico

### INFORMACION DEL TITULAR DE LA POLIZA DE SEGURO SECUNDARIO

\_\_\_\_\_ M / F  
Nombre del Titular (Primero, Apellido)

\_\_\_\_\_  
Dirección Postal

\_\_\_\_\_  
Ciudad                      Estado      Código Postal

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente

**AUTORIZA USTED A ESTA OFICINA A COLABORAR SU CUIDO O TRATAMIENTO CON OTRAS CLINICAS O  
PROVEDORES DE MEDICINA?      ( ) SI      O      ( ) NO**

**NOMBRE Y APELLIDO:** \_\_\_\_\_ **RELACION AL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**HE LEIDO LA INFORMACION DE COBRO Y LAS REGLAS DE PRIVACIDAD HIPAA (Cual esta al  
reverso de esta forma)**

 \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PACIENTE (DE LOS PADRES SI ES MENOR DE EDAD)**