

| | |
|--|--|
| INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE | Estado civil: Soltero (a) Casado (a) Divorciado (a) Viudo (a) Sexo: Varón Hembra Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Seguro Social #: ____ - ____ - ____ Teléfono casero: _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono de la célula: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____ |
|--|--|

| | |
|-------------------------------|--|
| INFORMACIÓN DEL SEGURO | Por favor de entregar las tarjetas de identificación y del seguro a la recepcionista. Nombre del seguro: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____ Nombre De asegurado: _____ Fecha De nacimiento: _____ Relación al Paciente: <input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro Póliza # _____ Grupo #: _____ Copay: \$ de _____ SECUNDARIO seguro: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código: _____ Nombre de el asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación al Paciente: <input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro Póliza # _____ Grupo #: _____ Copay: \$ de _____ |
|-------------------------------|--|

| | |
|--|--|
| INFORMATION DEL DOCTOR ANTERIOR | Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código: _____ Teléfono: _____ (del ____) Fax: _____ (del ____) |
|--|--|

| | |
|--------------------------------|--|
| INFORMACIÓN DE FARMACIA | Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código: _____ Teléfono: _____ (del ____) Fax: _____ (del ____) |
|--------------------------------|--|

| | |
|----------------------------|---|
| CONTACTO EMERGENCIA | Nombre: _____ Relación: _____ Phone (____) _____ Direccion _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____ |
|----------------------------|---|

Cómo Usted oyó de la oficina: _____

Acuerdo financiero.

Yo autorizo que el pago de las ventajas de seguro de ser hecho directamente al Dr. Rafael A. Rodriguez, M.D., y cualquier médico que asistía para los servicios rindieron. Entiendo que soy financieramente responsable de todas las cargas si o no son cubiertos por el seguro. En caso de defecto acuerdo pagar todos los costos de colecciones, y los honorarios del abogado razonable. Autorizo por este medio a este abastecedor del healthcare a lanzar toda la información necesaria para asegurar el pago de servicios. Convengo más lejos que una fotocopia de este acuerdo será tan válida como la original. **Por favor NOTA: NO ACEPTAMOS COMPENSACION DE TRABAJO Y NO ACEPTAMOS MEDICAID.**

Fecha: _____ Su firma: _____