



## Información del Paciente

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del centro \_\_\_\_\_

Dirección de la calle \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Zip

Teléfono de la casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ teléfono celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo electrónico address \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad Género: \_\_\_\_\_

Estado civil: S / M / D / W Preferencia de idioma \_\_\_\_\_

Carrera \_\_\_\_\_ Etnia \_\_\_\_\_

Número de seguro social \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Dirección del empleador \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Zip

Nombre de contacto de emergencia \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de teléfono

Refiriendo al médico de atención primaria \_\_\_\_\_

## Información del garante (persona responsable del pago de la cuenta)

Nombre de la parte responsable \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de seguro social \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

Dirección de la calle \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Zip

Teléfono de la casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celda Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Dirección del empleador \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Zip

## Información del seguro

### *SEGURO PRIMARIO*

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Del suscriptor ID \_\_\_\_\_

Número de grupo \_\_\_\_\_

Nombre del seguro \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

### *SEGURO SECUNDARIO*

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

ID del suscriptor \_\_\_\_\_

Número de grupo \_\_\_\_\_

Nombre del seguro \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

## Compensación del trabajador

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de la lesión \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora de trabajadores COMP \_\_\_\_\_

Número de reclamación \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_

Nombre del ajustador (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número de teléfono del Ajustador \_\_\_\_\_