

DATOS DEMOGRÁFICOS Y DE ASEGURADORA DEL PACIENTE
Actualización del 1.º de enero de 2020

Fecha de hoy: _____ ¿Es paciente nuevo hoy? ☐ Sí ☐ No
¿La visita de hoy está relacionada con una lesión en el trabajo/compensación laboral? ☐ Sí ☐ No
Nombre: _____ Nombre Preferido: _____
Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____
Dirección (calle y número): _____
Apartamento N°: _____ Ciudad / Estado / Código postal: _____
Numero de teléfono Celular _____ Casa _____ Trabajo _____
Correo Electronico _____
Género con el que se identifica: _____ Raza: _____
Estado civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)
Ocupación: _____ Empleador: _____
Si está casado, el nombre del cónyuge: _____ Número de teléfono: _____
Nombre de otra persona de contacto de emergencia: _____
Número de teléfono de otra persona de contacto de emergencia: _____ Parentesco: _____

INFORMACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

¿Quién es financieramente responsable de esta cuenta? ☐ Paciente ☐ Padre(s) ☐ Otro _____
Si no es el paciente, proporcione información de la parte financieramente responsable:
Nombre: _____ Parentesco con el paciente: _____
Dirección: _____
Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Teléfono del trabajo: _____
Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____
Empleador: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

La recepción deberá hacer copias de su (s) tarjeta (s) de seguro médico

Nombre de la compañía aseguradora primaria: _____
Numera de Poliza dela compañía asegurado primaria: _____
¿Quién es el titular de la póliza? ☐ Paciente ☐ Cónyuge ☐ Padre(s) ☐ Otro: _____
Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____
Empleador: _____

¿Tiene seguro secundario? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, nombre de la compañía aseguradora secundaria: _____

Numero de Poliza de la compañía aseguradora secundaria : _____

¿Quién es el titular de la póliza? ☐ Paciente ☐ Cónyuge ☐ Padre(s) ☐ Otro: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Empleador: _____