

INFORMACION DEL PACIENTE

A. PACIENTE: _____ # SEGURO SOCIAL: _____
 APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

NUMERO DE SU LICENCIA DE MANEJO: _____ ESTADO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

SEXO: M F ESTADO MARITAL: SOLTERO CASADO VIUDO SEPARADO DIVORCIADO

ETNICIDAD: HISPANO LATINO O DE ORIGEN ESPANOL
 NO HISPANO LATINO O DE ORIGEN ESPANOL
 ASIA TICO NEGRO/ AFRICO AMERICANO CAUCASICOIBLANCO HISPANO
 AMERICANO NATNOI ALASKA NATIVO NA TJVO HA WAIANO!ISLA DEL PACIFICO
 OTRO REHUSA

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ AREA POSTAL: _____

TELEFONO DEL SU CASS: _____ TELEFONO CELULAR: _____

ESTADO DE EMPLEO: EMPLEADO ESTUDIANTE JUBILADO OTRO

LUGAR DE TRABAJO: _____ NUMERO DEL TRABAJO DEL PACIENTE: _____

TELEFONOS ADICIONALES DEL PACIENTE: _____

NOMBRE EN CASO DE EMERGENCIA: _____ TELEFONO: _____

PARENTESCO DEL CONTACTO DE EMERGENCIA: _____

DESEA RECORDATORIOS DE SUS CIT AS: SI NO

QUE TIPO DE RECORDATORIO DESEA: MENSAJE DE TEXTO LLAMADA POR TELEFONO

DOCTOR PIRMARJO: _____ GINECOLOGO SI ES APLICABLE: _____

IDIOMA DE PREFERENCIA: INGLES ESPANOL LENGUAJE DE SENALE OTRO

B. INFORMACION DEL GARANTE (SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS)

NOMBRE DEL GARANTE DE PAGO: _____

PARENTESCO DEL PACIENTE CON EL GARANTE: HIJO ESPOSO/A OTRO _____

RESIDENCIA DEL

GARANTE: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZONA/CODIGO: _____

NUMERO DE TELEFONO DEL GARANTE: (____) _____ # SEGURO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE TRABAJO DEL GARANTE: _____

TELEFONO DEL TRABAJO DEL GARANTE: _____

C. INFORMACION DEL SEGURO PRIMARIO (SI PROVEE LA TARJETA DEL SEGURO ACTUAL, (OMITIR C y D))

NOMBRE DE LA CAMPAÑA: _____ NUMERO DEL MEMBRESIA/ NUMERO DEL: _____

CERTIFICADO: _____

GRUPO I PLAN: _____ FECHA DE EFECTO DE LA POLIZA: _____

PARENTESCO DEL PACIENTE AL SUScriptor ASEGURADO:

HIJO* OTRO* YO MISMO* ESPOSO*

(*SI EL PACIENTE NO ES EL SUBSCRIPtor, POR FAVOR LLENE LA INFORMACION EN LA PARTE DE ABAJO)

NOMBRE DEL SUScriptor: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____

D. INFORMACION SEGURO SECUNDARIO

NOMBRE DE LA CAMPAÑA: _____

NUMERO MEMBRESIA/NUMERO DE CERTIFICADO: _____ GRUPO/PLAN: _____

FECHA VICENTE DE LA POLIZA: _____

PARENTESCO DEL PACIENTE AL SUScriptor/ASEGURADO:

HIJO* OTRO* YO MISMO* ESPOSO*

(*SI EL PACIENTE NO ES EL SUBSCRIPtor, POR FAVOR LLENE LA INFORMACION EN LA PARTE DE ABAJO)

NOMBRE DEL SUScriptor: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____