

INFORMACION DEL PACIENTE Y SEGURO MEDICO

PATIENT ID # _____

NOMBRE: _____
(Apellido) (Primero) (Inicial)

DIRECCION _____ Apto. _____

CUIDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL _____

NO.DE TELEFONO _____ TELEFONOCELULAR _____ CORREO ELECTRONICO _____

EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ NO.DE SEGURO SOCIAL _____

ESTADO CIVIL _____ SEXO _____ OCUPACION _____

NACIONALIDAD: White Hispanic A.A./Black Asian American Indian Hawaiian/Pacific Islander Other

NOMBRE DE SU DOCTORS O CLINICAS _____
(Apellido) (Primero)

 Direccion de Doctor o Clinica

 Telefono y No. de Fax

NOMBRE DE TRABAJO _____ NO. DE TELEFONO _____

INFORMACION DE ESPOSO(A) O PARIENTE

NOMBRE _____ NO.DE TELEFONO _____

DIRECCION _____

NOMBRE DE TRABAJO _____ NO.DE TELEFONO _____ OCUPACION _____

NO.DE SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ RELACION _____

EMERGENCIA --amigo, familiar, o vecino a quien podamos hablar en caso de que no nos podamos comunicar con su esposo (a)

NOMBRE _____ DIRECCION _____

NO.DE TELEFONO _____ NO.DE TRABAJO _____ RELACION _____

Proveemos un programa de patrocinio para mujeres de alto-riesgo y bajos recursos. Si usted piensa que califica para esta asistencia, por favor marque aqui: _____

SEGURO MEDICO- Entiendo y comprendo que los servicios proveidos son mi responsabilidad. Si la cuenta llega a ser delincente, la cantidad entera sera debida.

SEGURO PRIMARIO

NOMBRE _____

DIRECCION _____

NO.DE TELEFONO _____

NO.DE POLICA _____ GRUPO _____

NOMBRE DE ASEGURADO _____

FECHA DE NACIMIENTO(asegurado) _____

SEGURO SECUNDARIO

NOMBRE _____

DIRECCION _____

NO. DE TELEFONO _____

NO.DE POLICA _____ GRUPO _____

NOMBRE DE ASEGURADO _____

FECHA DE NACIMIENTO(asegurado) _____

Yo aquí voluntariamente doy consentimiento a la coordinación de servicios, para longraar cuidado y tratamiento. Yo reconosco que no se ha hecho ningunas garantias en cuanto a los resultados de tratamientos o de la examinación. Autorizo a mi seguro medico que mande el pago directamente a The Rose. Estoy

consiente que soy responsable por los servicios no cubiertos por mi seguro. The Rose tiene mi autorizacion de mandar cualquier documento requerido por mi
aseguranza.

X

Firma De Paciente

Fecha
