

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL PACIENTE FECHA: _____
Nombre: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono () _____ Teléfono del trabajo () _____ Celular () _____
SSN # _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
La mejor hora para llamarlo es: _____ A.M. _____ P.M. en mi teléfono _____ Home _____ Teléfono del trabajo _____ Cell _____
Compruebe que aplique: ___ Menor ___ Soltero ___ Casado ___ Separado ___ Viudo Divorciado ___
Los cónyuges o Nombre del padre: _____ Teléfono del empleador _____ Trabajo _____
¿A quién le podemos agradecer por su referencia? _____
Persona de contacto en caso de emergencia _____ Relación _____ Phone _____
Email Address: _____

SECCIÓN II: PARTE RESPONSABLE
Relación con el Paciente: ___ Yo ___ Esposo ___ Padre ___ Otro
Nombre: _____ Relación con el paciente: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono () _____
Empleador: _____ Teléfono del trabajo () _____
Número de Seguro Social # _____

SECCIÓN III: INFORMACIÓN DEL SEGURO
Nombre del Asegurado: _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el Paciente _____
SSN # _____ Nombre del Empleador _____ Teléfono del Trabajo () _____
Dirección del empleador: _____ Ciudad _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Compañía de Seguros _____ Miembro ID # _____ Grp # _____
Ins Co Dirección: _____ Ins Co. Teléfono: _____
***** ¿TIENE SEGURO ADICIONAL: ___ Sí ___ No En caso afirmativo, complete la siguiente *****
Nombre del asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____ Relación al paciente _____
SSN #: _____ Nombre del empleador: _____ Teléfono del trabajo () _____
Dirección del empleador: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Compañía de Seguros _____ Miembro ID # _____ Grp # _____
Ins Co Dirección: _____ Ins Co. Teléfono () _____

AUTHORIZATION para liberar y asignar beneficios. Por la presente cedo, transfiero y de Rapha Clínica Médica todos mis derechos, título e interés para los beneficios médicos de reembolso bajo mi póliza de seguro. Autorizo la divulgación de mi información médica necesaria para determinar estos beneficios. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos si están cubiertos por mi seguro. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Yo doy consentimiento para el tratamiento de mi condición médica y obtener información al médico de otras fuentes que me sea pertinente para la continuación de mi cuidado.

Paciente / Tutor

Fecha