

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**  
**(letra de molde)**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nac.:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Seguro Social:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Tel Casa:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Tel Celular:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Empleador:** \_\_\_\_\_ **Tel:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Referido Por:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN CÓNYUGE/PARIENTE**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Parentesco:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Tel Casa** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Tel Celular:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Fecha de Nac.** \_\_\_\_\_ **Seguro Social:** \_\_\_\_\_

**Empleador:** \_\_\_\_\_ **Tel:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA/OTRA PERSONA**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Parentesco:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Tel Casa:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Tel Celular:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Tel Empleo:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SEGURO**

**Nombre del Seguro:** \_\_\_\_\_ **Tel:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Dirección de Reclamos:** \_\_\_\_\_

**Nombre en Póliza:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nac:** \_\_\_\_\_

**No. de Póliza:** \_\_\_\_\_ **Grupo:** \_\_\_\_\_ **Seguro Social:** \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE PAGO**

Por medio de la presente, yo autorizo el pago de beneficios médicos al médico o proveedor de servicios. Entiendo que soy financieramente responsable ante el médico o proveedor por los cargos no cubiertos por mi seguro.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_