



**Información del Paciente**

Nombre: ( Sr. | Sra. | Srta. ): \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M | F N° del Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Año Mes Día

Teléfono de Casa: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Teléfono de su Trabajo o Celular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Nombre de su Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

**¿En Caso de Emergencia, a Quién Llamamos?**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**Médico de Cabecera** (podemos enviar reportes médicos)

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**¿Cómo nos encontró?**

- Médico-- Nombre: \_\_\_\_\_  Amigo o Familia-- Nombre: \_\_\_\_\_  
 Búsqueda en la Web  El Clasificado  Cerca de casa/trabajo  Seguro  Otra razón-- \_\_\_\_\_

**Información del Seguro**

	N° 1	N° 2
Compañía de Seguros	_____	_____
Dirección	_____	_____
Ciudad, Estado, Código	_____	_____
N° de Teléfono	_____	_____
Nombre del Asegurado	_____	_____
Fecha de Nacimiento, N° SS	_____	_____
Relación con el Paciente	_____	_____
N° Póliza; N° Grupo	_____	_____

Por la presente, otorgo mi consentimiento y autorizo la administración de todos tratamientos de diagnóstico y terapéuticos que se consideren necesarias a juicio de los médicos tratantes. Autorizo la entrega de la información médica necesaria para comunicarse con médicos referidos y para procesar reclamaciones de seguros. Autorizo el pago directo de prestaciones cubiertas a los médicos tratantes. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados or no por el seguro. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones para el seguro.

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Fecha Firma del Responsable Relación, si no es el Paciente