

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		Inicial	
Número de Seguro Social	Fecha Nacimiento (mm/dd/yy)		Edad	Sexo	Estado Civil		Teléfono Residencial ()
Correo Electrónico			Teléfono Celular ()			Teléfono Adicional ()	
Dirección postal				Referido por:			
Dirección residencial				Pueblo	Estado	Zip Code	
Dirección del trabajo				Pueblo	Estado	Zip Code	
Nombre del patrono				Ocupación paciente		Teléfono trabajo ()	

INFORMACIÓN SOBRE ASEGURADO PRINCIPAL (si es diferente a la del paciente)

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		Inicial	
Relación con el Paciente	Número de Seguro Social		Fecha Nacimiento (mm/dd/yy)		Teléfono Residencial ()		
Dirección Postal (si diferente a la arriba mencionada)				Pueblo	Estado	Zip Code	
Nombre del Patrono	Dirección del Patrono			Ocupación		Teléfono del Trabajo ()	

PERSONA A NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre y apellidos de la persona que será notificada		Relación con el paciente	
Teléfono Residencial ()	Teléfono Celular ()		Teléfono del Trabajo ()

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: De esta forma autorizo que el pago por los servicios médicos recibidos se haga directamente a mi médico. Entiendo que soy responsable por el pago parcial o total de la factura, en caso de que mi plan médico se negara a pagar por los servicios recibidos. De negarme a pagar luego de notificado, reconozco que el cobro de la deuda puede referirse a un agente de cobro, con las costas y honorarios que se pueden imponer sobre el total de la factura.

Nombre del Paciente en Letra de Molde	Firma del Paciente o de su Representante Legal		Fecha (mm/dd/yy)
---------------------------------------	--	--	------------------

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA: De esta forma autorizo al Dr. José M. Busquets o sus representantes a divulgar cualquier información médica requerida por mi compañía aseguradora durante el curso de mi tratamiento o cobro de factura.

Nombre del Paciente en Letra de Molde	Firma del Paciente o de su Representante Legal		Fecha (mm/dd/yy)
---------------------------------------	--	--	------------------

Queremos saber como se enteró de nuestros servicios. Si fue a través de un familiar, un amigo o un médico, nos gustaría agradecerles su confianza en nosotros. Por favor indíquenos el nombre y número de teléfono de esa persona o indíquenos la manera que se enteró de nuestros servicios.

Nombre del Médico, Familiar o Amigo que lo refiere o a través de quién se enteró de nuestros servicios	Teléfono de la Persona o Médico que lo refiere		
--	--	--	--