

INFORMACION DEL PACIENTE**INSTRUCCIONES: Por favor asegurese que llena toda la informacion requerida. Escriba en letra de imprenta.**

NOMBRE: (APELLIDO)		(NOMBRE)	(INICIAL)	ESTADO CIVIL:		SEXO:	
				S C D V SEP		HOMBRE MUJER	
DIRECCIÓN:			APTO. #:	CIUDAD:	ESTADO:	CODIGÓ POSTAL:	
# DE TELÉFONO (CASA):		# CELULAR:		# TRABAJO:		EXT.	
()		()		()			
IDIOMA PREFERIDO		FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD	# SEGURO SOCIAL:			
DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO			NOMBRE DE SU EMPLEADOR O DE COLEGIO:				
RAZA / <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> ASIATICO <input type="checkbox"/> NEGRO/AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> HISPANOS NATIVOS							
ORIGEN ÉTNICO: <input type="checkbox"/> HAWAIANO <input type="checkbox"/> ISLAS DEL PACIFICO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> MAS DE UNA RAZA <input type="checkbox"/> NO DECLARADA/SE NEGÓ A INFORMAR							
NOMBRE DE SU MEDICO PRIMARIO O PEDIATRA:			NOMBRE DE SU FARMACIA:			# TEL. DE SU FARMACIA:	
						()	
COMO ESCUCHO USTED DE NUESTRA PRACTICA?	REFERENCIA DE UN MEDICO (NOMBRE):		FAMILIA/AMISTAD (NOMBRE):			INTERNET/OTRO:	

SI EL PACIENTE ES A MENOR DE EDAD, O ESTUDIANTE, INCLUYA CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE DE LA MADRE:			FECHA DE NACIMIENTO:		# SEGURO SOCIAL:		
DIRECCIÓN:			APTO. #:	CIUDAD:	ESTADO:	CODIGÓ POSTAL:	
# DE TELÉFONO (CASA):		# CELULAR:		ESTADO CIVIL:			
()		()		S C D V SEP			
NOMBRE DE SU EMPLEADOR:			OCUPACIÓN:	# DE TELÉFONO:		EXT.	
					()		
NOMBRE DEL PADRE:			FECHA DE NACIMIENTO:		# SEGURO SOCIAL:		
DIRECCIÓN:			APTO. #:	CIUDAD:	ESTADO:	CODIGÓ POSTAL:	
# DE TELÉFONO (CASA):		# CELULAR:		ESTADO CIVIL:			
()		()		S C D V SEP			
NOMBRE DE SU EMPLEADOR:			OCUPACIÓN:	# DE TELÉFONO:		EXT.	
					()		

INFORMACION DE SU TARJETA DE SEGURO: COMO APARECE EN LA TARJETA (Por favor presente una copia de su tarjeta de seguro y una identificacion con foto)

COMPANIA PRIMARIA DE SEGURO:		ASEGURADO PRINCIPAL:	
# DE IDENTIFICACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO:		# DEL GRUPO:	
COMPANIA SECUNDARIA DE SEGURO:		ASEGURADO PRINCIPAL:	
# DE IDENTIFICACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO:		# DEL GRUPO:	

PERMISO Y ASIGNACION

POR ESTE MEDIO YO AUTORIZO a Asthma and Allergy Associates of Florida, P.A. a proporcionar a su Compañia o sus representantes, cualquiera información incuyendo diagnosticos y registros de cualquier tratamiento o reconocimiento dado a mi durante el periodo médico.

Yo autorizo a los doctores, enfermeras y empleados de Asthma and Allergy Associates of Florida, P.A., a llamar a mi domicilio y dejar mensajes.

"Yo tambien asigno y traspaso a Asthma and Allergy Associates of Florida, P.A. y todos los derechos, titulos, beneficios e intereses de mi reembolso médico cubierto bajo mi pólisa de seguro. Yo entiendo que soy totalmente responsable de todo balance o cuenta que el seguro no pague o cubra."

FIRMA DEL PACIENTE/ASEGURADO



FECHA