

INFORMACION DEL PACIENTE

INSTRUCCIONES: Por Favor asegurese que llene toda la informacion requerida. Escriba en letra imprenta.

NOMBRE:(APELLIDO) (NOMBRE) (INICIAL)			ESTADO CIVIL: S M D W SEP		SEXO: HOMBRE MUJER	
DIRECCIÓN:			APTO.#:	CIUDAD:	ESTADO:	CODIGÓ POSTAL:
# DE TELÉFONO (CASA): ()		# CELULAR: ()		# TRABAJO: ()		EXT.
IDIOMA PREFERIDO:		FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	# SEGURO SOCIAL:		
DIRRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO:			NOMBRE DE SU EMPLEADOR O DE COLEGIO:			
RAZA/ Y <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> ASIATICO <input type="checkbox"/> NEGRO/AFRO AMERICANO <input type="checkbox"/> HISPANOS NATIVOS <input type="checkbox"/> HAWAIANO ORIGEN ÉTNICO <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 INTERNET/OTRO NOMBRE:		Usted se ha hecho pruebas en la piel para detectar alergias en los ultimos 12 meses? SI o NO Si SI: Cuando _____ Donde _____		

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

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

COMPAÑIA PRIMARIA DE SEGURO:		ASEGURADO PRINCIPAL:		FECHA DE NACIMIENTO :	
# 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 compañía o sus representantes, cualquiera información incluyendo 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



Adult and Pediatric Allergy and Immunology

FECHA