



### INFORMACION DE PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Género H / M

Estado Civil \_\_\_\_\_ Etnicidad \_\_\_\_\_

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

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Contactos de Emergencia:

1. Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

2. Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Razón De Su Visita \_\_\_\_\_

Indique Cualquier Alergia / Reacción Que Tenga A Medicamentos \_\_\_\_\_

Doctor General \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Como supiste de nosotros?  Doctor  Familiar  Feria de la Salud  Internet  Amigo  Otro

Si el paciente es un menor: ¿Quién tiene custodia? \_\_\_\_\_ ¿Con quién vive? \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Compañia De Seguro (Primario) \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_

Nombre De Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

Número De Identificación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Compañia De Seguro (Secundario) \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_

Nombre De Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

Número De Identificación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

### LA PERSONA RESPONSABLE POR LOS CARGOS SI NO ES EL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_

Numero de Seguridad Social \_\_\_\_\_ Numero de Licencia de Conducir \_\_\_\_\_

Relacion Al Paciente \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente del paciente) \_\_\_\_\_

YO ENTIENDO QUE YO SOY RESPONSABLE POR LOS CARGOS QUE LOS AGENTES MENCIONADOS NO CUBRAN. YO ESTOY DE ACUERDO DE QUE EN UN EVENTO DE NO PAGAR, YO SERIA RESPONSABLE POR TODOS LOS INTERESES Y LA COLECCION FINANCIERA. YO AUTORIZO A LA COMPAÑIA ASEGURADORA MIA PARA DAR INFORMACION EN CUENTA DE MI COBERTURA FINANCIERA A AAIASTX. ESTE CONTRATO INCLUYE CUALQUIER Y TODOS LOS BENEFICIOS BAJO MEDICARE. OTROS PROGRAMAS FINANCIADOS POR EL GOBIERNO Y SEGURO PRIVADO. YO ACEPTO A ESTE DOCUMENTO COMO SER UNA OBLIGACION LEGAL, PARA COLECTAR MIS BENEFICIOS COMO PAGO POR LOS RECLAMOS DE SERVICIO. EN EL EVENTO DE QUE MI SEGURO NO ACEPTE ESTE ASIGNO DE BENEFICIOS, O QUE PAGOS SEAN HECHOS DIRECTO A MI O MI REPRESENTANTE, YO DARE ESTOS PAGOS A AAIASTX.

Firma Del Paciente / Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_