

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Nombre** \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
Teléfono casa ( ) \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_ Otro ( ) \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

**Farmacia preferida** (Nombre y Dirección) \_\_\_\_\_  
**¿A quién debemos agradecer por haberlo referido a nuestra clínica?** \_\_\_\_\_

**Empleador** \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

### Parte Responsable/Guardian

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

### Primera aseguradora

Nombre asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono empleador ( ) \_\_\_\_\_  
Grupo # \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_  
Dirección de la aseguradora \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

### Segunda aseguradora

Nombre Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono empleador ( ) \_\_\_\_\_  
Grupo # \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_  
Dirección de la aseguradora \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

### Contacto de emergencia (alguien quien no viva con ud.)

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Usted tiene que suministrar las copias de la tarjeta(s) del seguro de salud vigente y de la licencia de conducción. Nos reservamos el derecho de prestar nuestros servicios si estos documentos no son suministrados; así mismo, a aquellas personas que irrespeten o amenacen a nuestros empleados, médicos y/o otros pacientes.

**AUTORIZACIÓN PARA PAGAR BENEFICIOS A LA CLÍNICA:** Con la presente autorizo el pago directo a Best Care Family Health Center. Que no exceda los cargos acostumbrados y razonables por los servicios proveídos. Entiendo que los cargos por los servicios presentados pueden exceder el pago de la aseguranza y si estos cargos son mayores que ese pago, seré responsable por esa cantidad.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_