

INFORMACIÓN DEL PACIENTE



Fecha ____/____/____

Nombre del paciente _____ Número de seguro social ____/____/____ Sexo M F Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad ____

Dirección Permanente Temporalia Apt/Suite/Unidad ____ Ciudad / Estado ____ Código postal ____ Pais ____

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Raza (marcar todos los que apliquen) Amerindia or nativo de Alaska Indioasiática Etnia (marcar uno)
 Divorciado Separado Compañero Domestico Blanca Negro/Afroamericana Nativo de Hawái Otra raza Hispano No-Hispano

Primer Idioma Inglés Español Otro Celular _____ Correo electrónico _____

Ocupación del paciente _____ Empleador del paciente _____ Tiempo de empleo _____ Método preferido de comunicación
 Llamada Texto Correo electrónico

Número de Licencia de Conducir _____ Dirección de empleo _____ Ciudad / Estado ____ Código postal ____

Nombre del Médico Primario _____ Teléfono _____ Fax _____ ¿Cómo supo de nosotros? Proveedor
 Familiar o Amigo Internet Otro

Nombre del cónyuge _____ Empleador del cónyuge _____ Tiempo de empleo _____ Spouse/ Partner Occupation _____

Dirección de empleo del cónyuge _____ Ciudad / Estado ____ Código postal ____ Celular del cónyuge _____

Nombre de pariente más cercano _____ Relación con el paciente _____ Celular del pariente _____

Dirección del pariente _____ Apt/Suite/Unidad ____ Ciudad / Estado ____ Código postal ____ Pais ____

PACIENTE MENOR DE EDAD O ESTUDIANTE

Nombre de la madre _____ Dirección _____ Ciudad / Estado ____ Código postal ____

Ocupación de la madre _____ Empleador de la madre _____ Tiempo de empleo _____ Celular de la madre _____

Dirección de empleo de la madre _____ Ciudad / Estado ____ Código postal ____ Otro teléfono de la madre _____

Número del seguro social de la madre ____/____/____ Fecha de nacimiento de la madre ____/____/____ Número de Licencia de Conducir de la madre ____ Teléfono de trabajo de la madre ____

Nombre del padre _____ Dirección _____ Ciudad / Estado ____ Código postal ____

Ocupación del padre _____ Empleador del padre _____ Tiempo de empleo _____ Celular del padre _____

Dirección de empleo del padre _____ Ciudad / Estado ____ Código postal ____ Otro teléfono del padre _____

Número del seguro social del padre ____/____/____ Fecha de nacimiento del padre ____/____/____ Número de Licencia de Conducir del padre ____ Teléfono de trabajo del padre ____

PACIENTE MENOR DE EDAD O ESTUDIANTE

Seguro primario PPO POS HMO EPO INDEMNITY MEDICARE/MEDICAID W/C SELF PAY

Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento del suscriptor ____/____/____ Dirección de empleo del suscriptor _____ Dirección del suscriptor _____

INFORMACION DE FARMACIA

Farmacia Preferidad _____ Dirección de la farmacia _____ Fax de la farmacia _____ Teléfono de la farmacia _____

AUTORIZACION

I hereby authorize payment directly to Miami Women's Health and Asthma Center of benefits due to me from my insurance company otherwise payable to me. I further authorize the release of any medical information required by my insurance carrier(s). A copy of this authorization may be used in lieu of the original. I authorize any holder of medical or other information about me to release to the Social Security Administration and Health Care Financing Administration or its intermediaries or carriers any information needed for this or a related Medicare claim as required by law. I request payment of medical insurance benefits either to myself or to Miami Women's Health and Asthma Center who accepts assignment. I understand that I am financially responsible for charges regardless of coverage.

Firma del paciente/garante: _____ Fecha ____/____/____