Luis G. Ramirez, M.D.
INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE:_____
APELLIDO NOMBRE COMPLETO

FECHA DE NACIMIENTO:_____ EDAD:_____ NO. SEGURO SOCIAL:_____

SEXO: ☐ F ☐ M ESTADO CIVIL: ☐ SOLTERO/A ☐ CASADO/A ☐ VIUDO/A ☐ DIVORCIADO/A

DOMICILIO:_____
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

TELEFONOS:_____ _____ _____
DOMICILIO CELULAR TRABAJO

CORREO ELECTRONICO:_____

LUGAR DE EMPLEO:_____OCUPACION:_____

DIRECCION:_____ TELEFONO:_____

NOMBRE DEL CÓNYUGES:_____NOMBRE DEL GUARDIAN(SI MENOR DE EDAD):_____

LUGAR DE EMPLEO:_____OCUPACION:_____

DIRECCION:_____ TELEFONO:_____

IDIOMA PREFERIDO POR EL PACIENTE:_____

SEGURO PRIMARIO:_____POLIZA #:_____GRUPO #:_____

DIRECCION:_____ TELEFONO:_____

NOMBRE DEL ASEGURADO:_____FECHA DE NACIMIENTO:_____

SEGURO SECUNDARIO:_____POLIZA #:_____GRUPO #:_____

DIRECCION:_____ TELEFONO:_____

NOMBRE DEL ASEGURADO:_____FECHA DE NACIMIENTO:_____

CONTACTO DE EMERGENCIA:_____
NOMBRE RELACION TELEFONO

ALERGIAS MEDICAS:_____

DOCTOR PRIMARIO:_____TELEFONO:_____

POR ESTE MEDIO AUTORIZO A MI DOCTOR, Y/O A SUS ASOCIADOS, QUE SOLICITEN PAGOS A MI COMPAÑIA DE SEGURO, POR CONCEPTO DE LOS SERVICIOS MEDICOS QUE HE RECIBIDO DE ELLOS. ESTE PAGO HABRA DE HACERSE DIRECTAMENTE AL MEDICO. YO AUTORIZO PROVEER CUALQUIER INFORMACION NECESARIA PARA EL PROCESAMIENTO DE ESTA RECLAMACION. ENTIENDO QUE SOY RESPONSIBLE DE PAGAR CUALQUIER COSTO QUE MI COMPAÑIA DE SEGURO NO PAGUE, SI FUERA NECESARIO REFERIR MI CUENTA A UN ABOGADO O UNA AGENCIA DE COBRO, HABRE DE PAGAR CUALQUIER COSTO ADICIONAL QUE SE INCURRA. AUTORIZO AL DOCTOR ANTES MECIONADO Y/O SUS ASOCIADOS, A QUE ME ADMINISTREN CUALQUIER TRATAMIENTO QUE ESTIMEN NECESARIO. ASI MISMO, LES AUTORIZO QUE LLEVEN A CABO CUALQUIER PRUEBA MEDICA NECESARIA PARA LOGRAR UN DIAGNOSTICO EXACTO Y UN TRATAMIENTO ADECUADO.

_____ _____
FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN (SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS) FECHA