



POR FAVOR LLENE COMPLETAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACION

Nombre Legal: _____ Teléfono de su casa: _____ Fecha: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

DOCTOR DE CABEZERA: _____ Teléfono Celular: _____

Otros miembros de la familia, nombres y fechas de nacimiento: _____

Dirección: _____
Calle, P.O. Box Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento _____ # de Seguro Social _____ Sexo _____ Estado Marital _____

Raza _____ Idioma _____ Hispano o Latino [] Si [] No

Empleador _____ Dirección _____ Teléfono del Trabajo _____

Correo Electrónico _____

Ha recibido tratamiento medico bajo otro nombre? _____
(Si es afirmativo, bajo que nombre?)

Contacto de Emergencia: Nombre _____ Relación _____ Telefono _____

Como usted supo de nosotros? (Por favor elija uno) Amigo _____ / Radio / Directorio Telefonico / Otros _____

Fiador (Parte Responsable si es diferente del paciente) o Padre que tiene la Custodia

Nombre: _____ Teléfono de la casa: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección: _____
Calle, P.O. Box Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento _____ # de Seguro Social _____

Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____ Ocupación _____

Espos(a)/Padres/Hermanos (as)/Amigo Cercano (por favor haga un circulo en uno) (Diferente persona de las arriba mencionada por favor)

Nombre: _____ Home Phone: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Address (if different) _____
Street, P.O. Box City State Zip

Fecha de Nacimiento _____ # de Seguro Social _____

Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____ Ocupación _____

INFORMACION DEL SEGURO (Por favor señale aquellos que aplican)

Tengo: Medicare _____ Medicaid _____ Seguro Medico _____ No tengo seguro _____

SEGURO MEDICO PRIMARIO

POR FAVOR PRESENTE LA TRAJETA CUANDO LLEGUE A LA CLINICA

Compañía: _____ Poliza# _____ Grupo# _____

Nombre Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento _____ # Seguro Social _____ Sexo _____

Empleador _____ Relación con el Paciente _____

SEGURO MEDICO SECUNDARIO

Compañía: _____ Poliza# _____ Grupo# _____

Nombre Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento _____ # Seguro Social _____ Sexo _____

Empleador _____ Relación con el Paciente _____

estoy recibiendo tratamiento medicodebido a un accidente: Si _____ No _____ **(Por favor complete las formas para accidente)**

Si contesta afirmativo , Que tipo accidente? Vehiculo de motor _____ Accidente de Trabajo _____ Otros _____

AUTORIZACION PARA PAGAR-DIBULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Por la presente autorizo a Valley Family Practice LLC a divulgar cualquier información que requiera un abogado, compañía de seguros o médicos remitentes para fines de tratamiento médico o seguimiento. Por la presente, asigno todos los pagos directamente a Rogue Valley Physicians, P.C. a lo cual tengo derecho a los gastos relacionados con los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos. En caso de que sea necesario recolectar dinero en la corte; todos los costos de la corte y los honorarios de los abogados son mi responsabilidad.

Firma del Paciente: _____ **Fecha** _____

Requerimos que el copago, deductibles, y servicios no cubiertos sean pagados al momento de que el servicio va a ser prestado.