

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Expediente # \_\_\_\_\_

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

FECHA DE NAC \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXO:  Masculino  Femenino Seguro Social #: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Tel de Casa \_\_\_\_\_  Tel Celular \_\_\_\_\_  Tel de Trabajo \_\_\_\_\_

*(Por favor marca el número a la cual prefiere que le contactemos)*

Empleador \_\_\_\_\_

Estado Civil:  soltero  casado  divorciado  viudo RAZA: \_\_\_\_\_

Nombre del Cónyuge \_\_\_\_\_ Fecha de Nac \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ultimos 4 del SSN \_\_\_\_\_

Lugar de empleo del cónyuge \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA:** \_\_\_\_\_ **TEL:** \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE ASEGURADORA Y PERSONA RESPONSABLE

*(Esta sección debe ser llenado)*

<p><b>Primario</b> _____</p> <p><b>Group #:</b> _____</p> <p><b>Policy #:</b> _____</p> <p><b>Persona Responsable (si no es el paciente)</b></p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p><b>Fecha de Nac:</b> ____/____/____ <b>Tel</b> _____</p> <p><b>Seguro Social #:</b> ____-____-____</p> <p><b>Dirección</b> _____  <small>Calle</small></p> <p>_____  <small>Ciudad Estado Código Postal</small></p>	<p><b>Secundario</b> _____</p> <p><b>Group #:</b> _____</p> <p><b>Policy #:</b> _____</p> <p><b>Persona Responsable (si no es el paciente)</b></p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p><b>Fecha de Nac:</b> ____/____/____ <b>Tel</b> _____</p> <p><b>Seguro Social #:</b> ____-____-____</p> <p><b>Dirección</b> _____  <small>Calle</small></p> <p>_____  <small>Ciudad Estado Código Postal</small></p>
--	--

Yo autorizo y solicito a mi compañía aseguradora a pagar directamente al University Medical Center cualquier beneficio de salud resultado por cuidado recibido en ese lugar. Yo entiendo que mi compañía aseguradora talvez no cubra todos los servicios rendidos a mi o mis dependientes y estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad por los servicios, procedimientos, dispositivos, o las pruebas que no están cubiertos. Yo doy consentimiento para la liberación a mi compañía aseguradora cualquier record medico (excepto psiquiatra) necesario para resolver reclamos por servicios rendidos. Yo entiendo que el copago y cualquier servicio no cubierta por la compañía aseguradora se **DEBE PAGAR EN SU TOTALIDAD EN EL MOMENTO DE SERVICIO**. Paciente / garante entiende que el saldo de crédito *en una fecha de servicio* se puede aplicar a otros saldos pendientes de *pago en otras fechas de servicios* para su cuenta personal y / o para las cuentas de las que son el garante.

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

\*Relacion al Paciente \_\_\_\_\_

FOR OFFICE USE ONLY:

Suite \_\_\_\_\_ Doctor \_\_\_\_\_

New Patient \_\_\_\_\_ Update \_\_\_\_\_ OC \_\_\_\_\_ WC \_\_\_\_\_