

Fecha

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Informacion del Paciente**

Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre	Apellido de Paciente	Fecha de Nacimiento  / /	Seguro Social	Género  M F
Dirección de envío		Ciudad, Estado, Codigo postal		
Domacillio		Ciudad, Estado, Codigo postal		
Telefono Principal  ( ) -	Telefono Secunadrio  ( ) -	Direccion de Correo Electronico		
Recordatorios de la cita ya esta disponibles		<input type="checkbox"/> Habla telefono principal	<input type="checkbox"/> Mensaje de text	<input type="checkbox"/> Correo electronico <input type="checkbox"/> Ninguno
Contacto De Emergencia--- Nombre, Relacion, Numero de Telefono				
Como se Entero de Nosotros?		<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> amigo	<input type="checkbox"/> Guia Telefonica
		<input type="checkbox"/> Otro _____		

**Caso, La Información**

Medico de Referencia	Medico de Atencion Primaria	Estado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solo
Condición Relacionada con	Problema/ Queja	Derecha Izquierda <input type="checkbox"/> Estudiante de Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante de Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Empleada
¿CÓMO LA CONDICIÓN OCURRIR?	Fecha de Inicio / /	

**Información del Seguro Primario**

SEGURO DE PRIMARIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO	POLÍCA DE GRUPO #		
ASEGURADO SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO		DIRECCION DEL ASEGURADO		
Ciudad, Estado, Codigo postal	ASEGURADO TELÉFONO #  ( ) -	FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEG  / /	Género  M F	
Empleador del Asegurado y número de teléfono  ( ) -	RELACIÓN CON EL ASEGURADO <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> NIÑO Otro _____			

<b>Seguro Secundario Información SÓLO SI secundario a Medicare</b>			
SEGURO DE PRIMARIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASE	POLÍTICA DE GRUPO #	
ASEGURADO SEGUNDO NOMBRE APELLIDO		DIRECCION DEL ASEGURADO	
Ciudad, Estado, Codigo postal	ASEGURADO TELÉFONO # ( ) -	FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEG / /	Género M F
Empleador del Asegurado y número de teléfono ( ) -	RELACIÓN CON EL ASEGURADO <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> NIÑO Otro _____		

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo a mis beneficios de seguro sean pagados directamente al proveedor. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier balance. También autorizo Bolanos Associates y mi compañía de seguros a divulgar cualquier información necesaria para procesar mis reclamos. Autorizo que soy responsable por \$40.00 si no cancelo mi cita entre 24 horas.

X \_\_\_\_\_  
PACIENTE / TUTOR FIRMA Fecha