



Medical Care PLLC

www.medicalcarepllc.com

2018

POR FAVOR USE TINTA NEGRO Y PRESIONE FIRMEMENTE

Gracias por tomarse el tiempo de llenar la siguiente información. Es necesario que Medical Care PLLC para actualizar historia clínica de cada paciente al año con el fin de atender las necesidades médicas del paciente. Por favor, asegúrese de que cada pregunta se responde correctamente. La información incorrecta o faltante puede dar lugar a problemas con los seguros y / o la falta de contacto con el paciente a no tener información correcta. La información que usted nos de es importante.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Segundo: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Dirección de Envío (si es diferente): _____

Teléfono Principal: (_____) _____ Teléfono Secundario: (_____) _____

Número de Seguro Social: _____ Estado Civil: _____

Teléfono de Emergencia: (_____) _____ Relación: _____

E-Mail: _____ Empleador: _____

Masculino: _____ Femenino: _____ Hispanic/Latino Sí: _____ No: _____

Raza: White _____ Black/African American _____ Asian _____ American Indian/Alaskan _____ Otro _____

Condiciones de Venta: EFECTIVO SEGURO PRIVADO MEDICARE TNCARE

Por favor, tenga tarjeta de seguro y licencia de conducir disponibles.

PERSONA RESPONSABLE (SE REQUIERE SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS)

Nombre: _____ Segundo: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Relación al Paciente: _____ Si un estudiante, nombre de la escuela: _____

SEGURO DE INFORMACIÓN DE LA TARJETA (SI NOMBRE ES DIFERENTE DE LA TARJETA)

Nombre: _____ Segundo: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Relación al Paciente: _____