

INFORMACION DE NUEVO PACIENTE

NOMBRE COMPLETO: _____ APELLIDO: _____

DOMICILIO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

DOCTOR PRINCIPAL: _____

CIUDAD: _____ NUMERO DE CONTACTO: (____) _____ - _____

¿COMO LE GUSTARIA SER CONTACTADO PARA RECORDATORIOS DE SU PROXIMA CITA?

NUMERO TELEFONICO: (____) _____ - _____ EMPLEO: (____) _____ - _____ EXT. _____

CELLULAR: (____) _____ - _____ CORREO ELECTRONICO: _____

SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

SEXO: () HOMBRE () MUJER

ESTADO CIVIL: [] SOLTERO [] CASADO [] VIUDO [] SEPARADO [] DIVORCIADO

EMPLEADOR: _____ OCUPACION: _____

¿COMO SE ENTERO DE NOSOTROS? _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

ASEGURANZA PRIMARIA: _____

NUMERO DE ID: _____ NUMERO DE GRUPO: _____

NUMERO DE PLAN: _____ NOMBRE EN POLIZA: _____

RELACION AL PACIENTE: _____

ASEGURANZA SECUNDARIA: _____

NUMERO DE ID: _____ NUMERO DE GRUPO: _____

NUMERO DE PLAN: _____ NOMBRE EN POLIZA: _____

RELACION AL PACIENTE: _____

DIRECCION DE COBRO SI DIFFERENTE DE DIRECCION DE EL PACIENTE:

LA PRESENTACION DE RECLAMACIONES DE SEGUROS ES UNA COTESIA QUE EXTENDEMOS A NUESTROS PACIENTES. SIN EMBARGO, DEBEMOS RECALCAR QUE SU POLIZA DE SEGURO ES UN CONTRATO ENTRE USTED Y SU COMPANIA DE SEGURO. ESTA OFICINA NO ES PARTE DE DICHO CONTRATO. EN LA MAYORIA DE LOS CASOS, MUCHOS DE LOS SERVICIOS PROVEIDOS EN NUESTRA OFICINASON CUBIERTOS POR SU SEGURO MEDICO. SIN EMBARGO, EN DADO CASO QUE LOS SERVICIOS Y/O PROVISIONES RECIBIDOS HOY NO SEAN CUBIERTOS POR SU SEGURO MEDICO, USTED PERSONALMENTE SERA RESPONSABLE DE PAGAR EL BALANCE DE EL SALDO ADEUDADO. SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, LA PERSONA RESPONSABLE DE AVER TRAIIDO AL MENOR A RECIBIR TRATAMIENTO SERA RESPONSABLE DE PAGAR EL TOTAL DE EL SALDO.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, YO DOY AUTORIZACION DE COBRO A MI SEGURO MEDICO POR EL TOTAL DE EL TRATAMIENTO Y/O PROVISIONES RECIBIDAS. EN DADO CASO QUE MI SEGURO MEDICO NO CUBRA LOS CARGOS, YO ME AGO DIRECTAMENTE RESPONSABLE PAGAR EL SALDO ADEUDADO EN SU TOTALIDAD

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

ERES DIABETICO/A? [] SI [] NO

¿SI, SI QUE MEDICAMENTOS TOMA? _____

¿TOMA ASPIRINA A DIARO? [] SI [] NO

¿TOMA MEDICAMENTO ANTICUAGULANTE (POR EJEMPLO; COUMADIN)? [] SI [] NO

¿TIENE ALGUNA ALERGIA A MEDICAMENTOS? [] SI [] NO

¿SI, SI A QUE MEDICAMENTO? _____

¿FUMA? [] SI [] NO

¿SI, SI CUANTOS PAQUETES AL DIA? _____ ¿Y POR CUANTO TIEMPO? _____

¿SI NO, PERO EN ALGUN TIEMPO USTED SI FUMAVA, POR CUANTO TIEMPO FUMO Y CUANDO DEJO DE FUMAR? _____

¿TIENE USTED HISTORIA FAMILIAR DE ALGUNA CONDICION, Y QUIEN EN SU FAMILA LA TENIA?

[] DIABETIS _____

[] ATAQUE DEL CORAZON _____

[] CANCER _____

[] ALTA PRESSION _____

[] GOTA _____

[] ARTRITIS _____

[] EMBOLIA _____

¿TOMA USTED ALGUN MEDICAMENTO? FAVOR DE ESCRIBIR SU LISTA DE MEDICAMENTOS ABAJO

FARMACIA PREFERIBLE:

NOMBRE DE FARMACIA: _____

LOCALIDAD: _____

