



# HOJA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Número de teléfono particular: \_(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino / femenino (Encierre en un círculo) Número de seguro social del paciente: \_\_\_\_\_

Derivado por: \_\_\_\_\_ Pediatra: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Contacto Preferido y telefono: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL GARANTE

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono particular:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número de teléfono particular:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del trabajo:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿El paciente está cubierto por MEDICAID ? \_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_ NO

Seguro primario: \_\_\_\_\_ Seguro secundario: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

CESIÓN Y DIVULGACIÓN: Por el presente documento, cedo mis beneficios del seguro para que se paguen directamente a Sunset Clinic PA . Comprendo que soy financieramente responsable de cualquier servicio, honorarios de la agencia de cobranzas u honorarios de abogados no cubiertos. También autorizo al proveedor para que entregue cualquier información que se necesite para procesar esta reclamación.

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_