

## Información para el paciente

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Referido por: \_\_\_\_\_

*Información del cónyuge*

Nombre: _____ Apellido	Nombre	Inicial	<i>Nombre del cónyuge:</i>
Dirección:			<i>Número de Seguro Social: - -</i>
Ciudad:		Código Postal:	<i>Fecha de nacimiento:</i>
Fecha de Nacimiento:		Teléfono #: ( ) -	<i>Empleador del cónyuge:</i>
Edad:		Cellular #: ( ) -	<i>Dirección del empleador:</i>
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Niño			<i>Teléfono del trabajo #: ( ) -</i>
Número de Seguro Social: - -			<i>Cellular #: ( ) -</i>
Empleador:			<i>Ocupación:</i>
Dirección del empleador:			<b>Persona para notificar en caso de emergencia (que no sea el cónyuge):</b>
Teléfono del trabajo #: ( ) -			
Ocupación:			Relación:
<b>Parte responsable (si no es paciente):</b>			Dirección:
			Teléfono #: ( ) -

## Información del seguro (se requieren copias de la(s) tarjeta(s))

<b>Seguro Primario</b>	<b>Seguro Secundario</b>
Compañía de seguros:	Compañía de seguros:
I.P.A./Grupo Médico:	I.P.A./Grupo Médico:
Nombre del asegurado:	Nombre del asegurado:
Número de identificación:	Número de identificación:
Número de grupo:	Número de grupo:

### Autorización de beneficios a médicos:

Por la presente, autorizo el pago directamente a West Coast Pulmonary Physicians, Inc. de los beneficios quirúrgicos y/o médicos, si los hubiera, pagaderos a mí por los servicios como se describe en el reclamo adjunto.

### Autorización para divulgar información:

Por la presente, autorizo a West Coast Pulmonary Physicians, Inc. a divulgar cualquier información adquirida en el curso de mi examen o tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firmado (asegurado)

\_\_\_\_\_  
Fecha (m/d/yyyy)