

Información para el paciente

Fecha de hoy: _____ Referido por: _____

Información del cónyuge

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

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

Seguro Primario	Seguro Secundario
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)