



Patient Name:
Date of Birth:
Surgeon:
Medical Record:

Date of Service:

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente:		SS#		--	--
Direccion:		Ciudad:	Estado:	Codigo postal:	
Licencia de conducir #:	Estado:	Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			
Fecha de nacimiento:	Edad:	Estado Civil:	Numero de telefono:()		
Alergias/Hipersensible a medicamentos:					
Empleo:	Numero de telefono del empleador: ()				
Direccion del empleo:		Ciudad:	Estado:	Codigo postal:	
Nombre del esposo(a)/ Pareja:			SS#		
Direccion del esposo(a)/ Pareja:		Ciudad:	Estado:	Codigo postal:	
Numero de telefono del esposo(a)/ Pareja: ()		Licencia de conducir #:		Estado:	
Empleo del esposo(a)/padres:		Numero de telefono del empleador: ()			

CONTACTO DE EMERGENCIA

Numero de telefono #: ()	Nombre:	Relacion:
Lo vamos a contactar despues de su procedimiento y saber de su recuperacion . En que numero de telefono lo podemos contactar el dia despues de su procedimiento? () -		

ASEGURANZA / INFORMACION DE PAGO:

Tipo de pago: Aseguranza (adjunte copia o otra informacion) Pago en efectivo Derecho de retencion (Lien) (adjunte copia)

Aseguranza primaria _____ Poliza#: _____ Titular de la poliza: _____

Segunda Aseguranza _____ Poliza #: _____ Titular de la poliza: _____

Firma del paciente adulto responsable:		Fecha:
Nombre del paciente adulto responsable:		*Relacion del paciente:
Firma del Interprete (Si se requiere):		Nombre del Interprete:
Relacion del Interprete del Paciente (Si es aplicable):		

Llenar esta porcion SOLO si acepta responsabilidad financiera del paciente por cual usted NO tiene responsabilidad legal.

Yo, el firmante, por la presente certifico que yo acepto total responsabilidad financiera por el paciente nombrado en este documento, para el cuidado y procedimiento recibido por este Centro y todos los proveedores incluyendo pero no limitado a: Cirujanos, anesthesiologos, radiologia, laboratorios, y cuidados de los empleados de la clinica. Yo entiendo actualmente no tengo ninguna responsabilidad legal para proporcionar apoyo financiero para este paciente. Y tambien entiendo que al firmar este documento acepto personalmente completa responsabilidad financiera con los gastos asociados con el tratamiento/ cuidado y servicio proveido para el paciente por este Centro. Ademas, Yo certifico que se me a dado la oportunidad para hacer preguntas acerca de este asunto y se me an dado respuestas adecuadas. Porfavor de firmar y llenar todas la secciones indicadas abajo.

Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	SS#:	--
Relacion con el paciente:		Numero de telefono:	Fecha de nacimiento:	
Direccion:		Ciudad:	Estado:	Codigo postal:
Licencia de conducir o Identificaion con foto: #		Tipo de Identificacion:		imitida por el Estado:
Ocupacion:	Empleador:	Numero de telefono del empleador:		
Firma de la Persona Responsable:		Nombre letra de Molde:		