



### **INFORMACION DEL PACIENTE NUEVO**

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Raza/Ethnicidad \_\_\_\_\_ Numero de social \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Numero de telefono (casa/celular) \_\_\_\_\_ correo electronico \_\_\_\_\_

Nombre de contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Numero de telefono \_\_\_\_\_

#### **Información de Seguro Primario**

Nombre de Seguro \_\_\_\_\_ Numero de I.D. # \_\_\_\_\_ # de grupo \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular de la póliza \_\_\_\_\_

#### **Información de Seguro Secundario**

Seguro Secundario \_\_\_\_\_ Identificación # \_\_\_\_\_ # de grupo \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular de la póliza \_\_\_\_\_

#### **Información de Farmacia**

Nombre \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_ Fax # \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

#### **Información de referencia**

Nombre del médico que referio \_\_\_\_\_ # de médico del referido \_\_\_\_\_

Nombre del medico primario \_\_\_\_\_ # de medico primario \_\_\_\_\_

¿Cómo escucho de nosotros? \_\_\_\_\_

**Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar a la oficina de Asociadas a la Alergia información de facturación actual y precisa en el momento del registro y notificar nuestra oficina inmediatamente si hay algún cambio en la información anterior.**

**Mi firma a continuación confirma que he revisado cuidadosamente lo anterior y que toda la información es precisa y actual a menos que se indique lo contrario.**

**Nombre del Paciente y/o Representante Autorizado:** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente y/o Representante Autorizado:** \_\_\_\_\_

**Fecha firmada:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_