



TABLE ROCK FAMILY MEDICINE

Informacion del Paciente

Gracias por elegir nuestra oficina! Para servirle apropiadamente, nosotros necesitamos la siguiente informacion. Por favor, escriba con letra de molde. Todo la informacion, sera confidencial.

Fecha _____ Nombre del paciente _____ Telefono de su casa _____
Numero de Seg Social _____ Masculino _____ Femenino _____ Fecha de nac _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Cod Postal _____
Marque correctamente su estado civial actual __ menor __ soltero __ casado __ divorciado __ viudo __ separado
Paciente o padres empleados _____ Telefono de su trabajo _____
Direccion del trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____ Cod Postal _____
Nombre de los padres o esposa _____ Nombre de la empresa _____
Telefono de la empresa _____
A quien podemos llamar en caso de emergencia? _____

Parte Responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta _____ Relacion con el paciente _____
Direccion _____ Telefono _____
No. de licencia de manejo _____ Fecha de nac. _____
Empresa donde trabaja _____ Telefono _____
Esta persona es paciente actual de esta oficina? __ si __ no

Table with 3 columns: Otros miembros dela familia vistos en esta oficina, Fecha de nac, Relacion. Rows for Name, Birth Date, and Relationship.

Yo _____ autorizo, que den a conocer cualquier informacion, con respecto al estado de salud de mi hijo(a) consejos, o tratamientos a esta persona(s).
Nombre _____ Nombre _____
Nombre _____ Nombre _____

Su privacidad de salud es nuestra importancia, y el derecho que se merece tener.
A quien podemos contactar y dejar saber sobre sus resultados.
Nombre _____ Nombre _____
Nombre _____ Nombre _____

Yo, autorizo por este medio los pagos del benecicio del seguro, de otra forma yo pagare directamente al doctor.

Firma del Paciente o Padre del menor

Fecha