



INFORMACION DEL PACIENTE NUEVO

Nombre de Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Sexo _____ Raza/Ethnicidad _____ Numero de social _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código 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: ___/___/___