



4990 Golden Gate Pkwy
Naples, FL 34116

Phone: (239) 692-8309
Fax: (239) 692-8504

Fecha de hoy:	MD: Carlos Palsan / PA: Tabare Tabar
---------------	--------------------------------------

INFORMACION PERSONAL

Apellido:		Primer Nombre:		Inicial 2do Nombre:	Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Union Libre		
Es este su nombre legal? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si no, cual es su nombre legal?		Fecha de Nacimiento: ____/____/____	Edad	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
Dirección de Casa			# Seguro Social	Teléfono de Casa: ()			
				Teléfono Celular: ()			
P.O. Box / Buzón:		Ciudad:	Estado:		Código Postal:		
Ocupación:		Nombre del Empleador / Empresa:			Teléfono Empresa: ()		

Para tener acceso a sus records médicos; se necesita un correo electrónico: _____

PERSONA RESPONSABLE DE PAGO

Nombre y Apellido:	Fecha de Nacimiento	Dirección: (Si es diferente)			Número de Teléfono: ()		
Tiene el paciente aseguranza? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		(Si la tiene, por favor entregue su tarjeta a la persona de recepción)					
Indique el nombre de la aseguranza (Marque con un círculo)		Medicare	Medicaid	Cigna	BCBS	Bluecare	Florida Blue UHC PPO
		Molina	Prestige	Humana	Tricare South Military & Veterans		
Tiene usted una identificación con foto?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	(Si la tiene, por favor entreguela a la persona de recepción)			

EN CASO DE EMERGENCIA (PERSONA QUE SE PUEDE CONTACTAR)

Nombre:	Relación con el paciente:	Teléfono de Casa: ()	Teléfono Celular: ()
---------	---------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Yo afirmo que la información de arriba es cierta y comprendo que soy responsable de cualquier balance. Yo autorizo a que los beneficios de mi aseguranza sean pagadas directo a mi médico primario. Yo autorizo a la CLINICA HISPANA localizada en 4990 GOLDEN GATE PARKWAY NAPLES, FL 34116, Tel: (239) 692-8309 Fax: (239) 692-8504 o aseguranza para que obtengan cualquier información requerida para procesar mis reclamos. Yo comprendo que soy responsable de cualquier balance que mi aseguranza médica no cubra.

Firma del paciente o guardián

Fecha
