



Su Vida, Nuestra Especialidad

INFORMACION DEL PACIENTE:

NOMBRE _____ APELLIDOS _____

DIRECCION _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____ DIRECCION ELECTRONICA (email) _____

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL _____ No. DE TELEFONO CELULAR () _____

SEXO _____ RAZA _____ No. DE TELEFONO DE LA CASA () _____

____ CASADA ____ SOLTERO ____ VIUDO ____ DIVORCIADO No. DE TELEFONO DEL TRABAJO () _____

____ EMPLEADO ____ JUBILADO ____ ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO DOCTOR QUE HACE EL REFERIDO _____

EMPLEADOR/TRABAJO _____ MEDICO PRIMARIO _____

DIRECCION DEL TRABAJO _____ No. DE TELEFONO () _____

DIRECCION PERMANENTE

DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE _____ No. DE TELEFONO DE LA CASA () _____

PARENTESCO _____ No. DE TELEFONO TRABAJO () _____

ES EL PACIENTE RESPONSABLE FINANCIERAMENTE? SI NO SI LA RESPUESTA ES NO, COMPLETE LA SIGUIENTE SECCION

PARENTESCO _____ SEXO _____ No. DE TELEFONO A LLAMAR DURANTE LAS HORAS DEL DIA _____

NOMBRE _____ APELLIDOS _____ () _____

DIRECCION _____ EMPLEADOR/TRABAJO _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____ DIRECCION _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

ES LA RAZON DE SU VISITA EL RESULTADO DE UN ACCIDENTE? SI NO

SI LA RESPUESTA ES SI, COMPLETE LA SIGUIENTE SECCION

NOTA: NO TODAS LAS OFICINAS DE FLORIDA MEDICAL CLINIC (FMC) ACEPTAN PACIENTES DE ACCIDENTES DE AUTOMOVIL O DE COMPENSACION A TRABAJADORES.

POR FAVOR MARQUE EL TIPO DE ACCIDENTE: COMPENSACION A TRABAJADORES DE AUTOMOVIL OTRO

FECHA DEL ACCIDENTE ____/____/____ Lugar del accidente _____ Como sucedio el accidente? _____

No. DE RECLAMACION _____ REPRESENTANTE DE RECLAMACION/AJUSTADOR _____

SI ES UN ACCIDENTE DE COMPENSACION A TRABAJADORES, COMPLETE ESTA SECCION

NOMBRE DEL EMPLEADOR/TRABAJO _____ No. DE TELEFONO DEL EMPLEADOR/TRABAJO() _____

DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

INFORMACION DEL SEGURO

POR FAVOR MUESTRE SU TARJETA DE IDENTIFICACION DEL SEGURO A LA RECEPCIONISTA

COMPANIA DE SEGURO _____ FECHA DE NAC. DEL ASEGURADO _____

NOMBRE DEL ASEGURADO _____ PARENTESCO _____

No. DE IDENTIFICACION _____ No. DE GRUPO _____ TELEFONO () _____

INFORMACION DEL SEGUNDO SEGURO

COMPANIA DE SEGURO _____

NOMBRE DEL ASEGURADO _____ PARENTESCO _____

No. DE IDENTIFICACION _____ No. DE GRUPO _____ TELEFONO () _____

FIRMA _____ FECHA _____