



MERCED FACULTY ASSOCIATES MEDICAL GROUP
PLANILLA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: _____ Número de Teléfono: _____ Número de celular: _____
Nombre: _____ Núm. de Seg. Social: _____
Domicilio: _____ Núm. de lic. de conductor: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____
Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de nac: _____ , Soltero , Casado , Viudo , Separado , Divorciado
Correo electrónico _____ Forma de contacto preferida: **Teléfono / Correo**
Patrón _____ Ocupación: _____
Domicilio del Patrón: _____ Núm de teléfono _____
¿Quién lo/la refirió a nosotros? _____
Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Núm. de teléfono: _____

SEGURO PRINCIPAL

Persona en la cuenta: (Apellido/Nombre/Inicial) _____
Parentesco al paciente: _____ Fecha de nac.: _____ Núm. de Seg. Social: _____
Nombre del suscriptor: _____
Domicilio de suscriptor: _____
Domicilio (si se diferente al del paciente): _____ Teléfono: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____
Patrón: _____ Ocupación: _____
Domicilio de Patrón: _____ Teléfono: _____
Compañía de Seguro: _____
Núm. de contrato: _____ Núm. de grupo: _____ Núm. de suscriptor: _____
Dependientes cubiertos bajo este plan: _____

SEGURO ADICIONAL

¿Hay cobertura adicional para el paciente? Si No
Nombre del suscriptor: _____ Parentesco al Paciente: _____ Fecha de nac.: _____
Domicilio de suscriptor: _____
Domicilio (si se diferente al del paciente): _____ Teléfono: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____
Patrón del suscriptor: _____ Teléfono: _____
Compañía de Seguro: _____ Núm. de Seg. Social: _____
Núm. de contrato: _____ Núm. de grupo: _____ Núm. de suscriptor: _____
Dependientes cubiertos bajo este plan: _____

ASIGNACIÓN LIBERACIÓN

Yo, el abajo firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tengo (tiene) cobertura de seguro con

Nombre de la Compañía de Seguro

y asigno directamente al MERCED FACULTY ASSOCIATES.

todos beneficios de seguro, si existe alguno, de otro manera pagado a mí, por servicios prestados, yo entiendo ser responsable financieramente por todos los cargos sea que se paguan o por la Compañía de Seguro. Yo por este medio autorizo al médico liberar toda información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas sumisión de seguros. Yo doy autorizacion a MERCED FACULTAD MEDICAL ASSOCIATES para mi tratamiento.

Firma del responsable

Parentesco

Fecha