

I. Información del Paciente

Date: _____

Paciente:

Apellido _____	Nombre _____	Inicial del Medio _____
Estado civil: Por favor marque el indicado:	<input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Empleado (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Retirado (a)	<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Tiempo completo

Dirección:

Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____
Sexo _____	Fecha de Nacimiento _____	Número de seguro social _____

Teléfono:

Casa _____	Celular _____	Teléfono de emergencia _____	Trabajo _____
------------	---------------	------------------------------	---------------

Si el paciente es menor de edad:

Persona Responsable: _____	Apellido _____	Nombre _____	Inicial del Medio _____
----------------------------	----------------	--------------	-------------------------

NOMBRE del Doctor que lo(a) refirió: _____

II. Aseguranza

ASEGURANZA PRIMARIA:

_____ (Aseguranza, Medicare, Medi-Cal)

Nombre del suscriptor (a): _____

(Nombre y relación si es diferente al paciente)	(Fecha de Nacimiento)	(Número de seguro social)
---	-----------------------	---------------------------

Número del suscriptor (a): _____

_____ (Aseguranza, Medicare, Medi-Cal) Número del grupo o nombre: _____

ASEGURANZA SECUNDARIA:

_____ (Aseguranza, Medicare, Medi-Cal)

Nombre del suscriptor (a): _____

(Nombre y relacion si es diferente al paciente)	(Fecha de Nacimiento)	(Número de seguro social)
---	-----------------------	---------------------------

Número del suscriptor (a): _____

_____ Número del grupo o nombre: _____

III. ¿Es ésta una lesión o enfermedad debida a un accidente de trabajo? No Sí

Si su respuesta es **Por favor indique:** Auto Trabajo Otro

Si es ésta una lesión o enfermedad debida a su trabajo, por favor complete: _____ (explique)

Empleador _____	Número de reclamo de compensación al trabajador(a): _____
Nombre de la aseguranza de compensación al trabajador (a): _____	
Dirección: _____	
Ciudad: _____	Estado: _____
Código Postal: _____	

¿Hay alguna disputa pendiente debido a su lesion? Si su respuesta es sí, por favor complete.

Nombre del Abogado: _____	Número de teléfono: _____
---------------------------	---------------------------