



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"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Medio tiempo
	<input type="checkbox"/> Casado (a)	<input type="checkbox"/> Retirado (a)		<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 sí, Fecha: _____ 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: _____