

## I. Información del Paciente

Date: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Apellido

Nombre

Inicial del Medio

Estado civil:

**Por favor marque el indicado:**

Soltero (a)  
 Casado (a)

Empleado (a)  
 Retirado (a)

Estudiante  Medio tiempo  
 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: