



Formulario de admisión del paciente

Información general:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____

Email: _____

Dirección: _____ N. ° de apartamento: _____

Estado de la Ciudad: _____

Código Postal: _____

Información del médico:

Nombre del médico de atención primaria: _____

Número de teléfono primario: _____

Nombre del médico remitente (si es diferente al principal): _____

Número de teléfono de referencia: _____

Información del seguro:

Nombre de la compañía de seguros principal: _____

Nombre del titular de la póliza (si es diferente al anterior): _____

Póliza #: _____ Grupo #: _____

Fecha efectiva: _____



Formulario de admisión del paciente

Continuación de la información del seguro:

Nombre de la compañía de seguros secundaria: _____

Nombre del titular de la póliza (si es diferente al anterior): _____

N.º de póliza: _____ N.º de grupo " _____

Fecha efectiva: _____

Nombre de la compañía de seguros terciaria: _____

Nombre del titular de la póliza (si es diferente al anterior): _____

Póliza #: _____ Grupo #: _____

Fecha efectiva: _____

Fiesta responsable:

¿Relación con el paciente? (Marque uno con un círculo):

Yo mismo (omite esta sección) Padre Cónyuge

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de seguridad social: _____

Dirección: _____ N.º de apartamento: _____

Estado de la Ciudad: _____

Código Postal: _____

*** su información personal privada nunca se utilizará para nada más que comunicarse con sus seguros médicos y / o sus médicos para obtener la información necesaria sobre su atención>