



INFORMACION DEL PACIENTE
POR FAVOR ESCRIBA EN MAYUSCULA

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ IM: \_\_\_\_\_
DIRECCION : \_\_\_\_\_ APTO: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_
ESTADO: \_\_\_\_\_ DISTRITO POSTAL: \_\_\_\_\_ TELEFONO DE LA CASA: \_\_\_\_\_
#SS: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXO: M \_\_\_ F \_\_\_
TELEFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE SU TELÉFONO CELLULAR # \_\_\_\_\_
CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL EMERGENCIA: \_\_\_\_\_
LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_
MARITAL STATUS: CASADO/A \_\_\_ SOLTERO/A \_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_ #DE LICENCIA DE MANEJAR: \_\_\_\_\_
REFERIDO POR: \_\_\_\_\_
PERSONA RESPONSIBLE: \_\_\_\_\_
¿EN QUE IDIOMA PREFERE USTED RECIBIR SUS SERVICIOS MEDICOS? \_\_\_\_\_

SEGURO MEDICO PRIMARIO

NOMBRE DEL SEGURO: \_\_\_\_\_
FECHA DE INICIO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_
RELACION CON EL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_
DISTRITO POSTAL: \_\_\_\_\_ #SS: \_\_\_\_\_ -- -- SEXO: M \_\_\_ F \_\_\_
EMPLEADO: \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL GRUPO: \_\_\_\_\_
#DEL GRUPO: \_\_\_\_\_ # DE LA POLIZA: \_\_\_\_\_ CONTRIBUCION A PAGAR: %/\_\_\_\_
CONTRIBUCION A PAGAR: \$ \_\_\_\_\_ DEDUCIBLE: \$ \_\_\_\_\_ DEDUCIBLE DE FAMILIA: \$ \_\_\_\_\_

SEGURO MEDICO SECUNDARIO

NOMBRE DEL SEGURO: \_\_\_\_\_
FECHA DE INICIO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_
RELACION CON EL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_
DISTRITO POSTAL: \_\_\_\_\_ #SS: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ SEXO: M \_\_\_ F \_\_\_ EMPLEADO: \_\_\_\_\_
NOMBRE DEL GRUPO: \_\_\_\_\_ # DEL GRUPO: \_\_\_\_\_ # DE LA POLIZA: \_\_\_\_\_
CONTRIBUCION A PAGAR: % \_\_\_\_\_ CONTRIBUCION A PAGAR: \$ \_\_\_\_\_ DEDUCIBLE: \$ \_\_\_\_\_
DEDUCIBLE DE FAMILIA: \$ \_\_\_\_\_
FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_