



Paciente

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Apodo: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Seguro Social: ____-____-____ Genero: Masculino Femenino

¿Quién vive con el paciente?

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Relación: _____

Raza: Indio Americano o Nativo de Alaska Asiatico Afroamericano Nativo de Hawai o otra Isla del Pacifico
 Blanco Americano Negar Otro:

Etnicidad: Hispano/Latino No Hispano/Latino Negar Otro: _____

¿Quién refirió al paciente? (Porfavor circule uno) FAMILIA AMIGO REMISION MEDICA SITIO WEB

Nombre del Médico que lo referio: _____ Teléfono: _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Madre

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Estado Civil: Soltera/Casada/Divociaada/Viuda

Domicilio _____ #Seguro Social _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono Primario: _____ Teléfono de Empleo: _____ Correo Electrónico _____

Padre

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Estado Civil: Soltero/Casado/Divorciado/Viudo

Domicilio _____ #Seguro Social _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono Primario: _____ Teléfono de Empleo: _____ Correo Electrónico _____

Contacto de Emergencia

Apellido: _____ Primer Nombre _____ Relacion _____

Numero Primario _____ Teléfono de Empleado _____

Seguro Medico

Asegurado

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Proveedor de Seguro Medico: _____ # Seguro Social: ____-____-____

Number de grupo: _____ Numero de Indentificación _____

Seguro Medico Adicional

Asegurado

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Proveedor de Seguro Medico: _____ # Seguro Social: ____-____-____

Numero de Grupo: _____ Numero de Indentificación: _____

Por la presente doy autorización para el pago de beneficios de seguro que se harán directamente a Children's Urology por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, estén o no cubiertos por mi seguro médico. En caso de incumplimiento, acepto pagar todos los costos de cobros y honorarios razonables de abogado. Por la presente autorizo a este proveedor de atención médica a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. También acepto una fotocopia de este Acuerdo sea válida como el original.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____