

**INFORMACION DEL PACIENTE****ACACIA FAMILY MEDICAL GROUP**

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

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo M H
Domicilio	Ciudad	Estado	Zona Postal	
Telefono de Casa	Numero de Seguro Social	Licencia de Manejar y Estado		
En Caso de Emergencia, Comuniquese Con:		Telefono	Parentesco	

**Informacion del Empleador y La Aseguranza**

Nombre del Empleador	Ocupacion: Estudiante:	Telefono de Trabajo y Extension		
Domicilio del Empleador	Ciudad	Estado y Zona Postal		
Aseguranza Primaria	Nombre de la Persona con Poliza	Fecha de Nacimiento	Parentesco	
Aseguranza Secundaria	Nombre de la Persona con Poliza	Fecha de Nacimiento	Parentesco	

**Informacion del Esposo or Esposa**

Nombre de Esposo/a	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social
Domicilio (Si es diferente al de arriba )			Ocupacion	
Empleador		Telefono de Trabajo y Extension		
Domicilio del Empleador	Ciudad	Estado y Zona Postal		

**Informacion de la Madre y el Padre-** Por favor complete esta seccion si el paciente es menor de edad o si otra persona es responsable economicamente

Nombre de la Madre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social
Domicilio (Si es diferente al del paciente)			Numero de Telefono	
Nombre del Padre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social
Domicilio (Si es diferente al del paciente)			Numero de Telefono	

A quien le debemos las gracias por referirlo a nuestra clinica? \_\_\_\_\_

**Autorizacion del Paciente**

Yo, autorizo al administrador de beneficios de que pague directamente a cualquier doctor, hospital, u otro proveedor de servceios rendidos a mi persona. Yo por este medio autorizo que el proveedor de servceios proporcione informacion que sea necesaria para procesar reclamos a la aseguranza. Estoy de acuerdo a pagar cualquier saldo que mi aseguranza no pague. Si previamente no se ha hecho otro tipo de arreglo.

Firma de Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Persona Responsable Si el Paciente es Menor de Edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

