

INFORMACION DEL PACIENTE**DIGESTIVE DISEASE CONSULTANTS**

RICHARD J. STRAKER, M.D.

HARRY H. SHEPHARD, M.D.

RAAJ K. POPLI, M.D.

SANJAY K. REDDY, M.D.

BARRY R. KATZ, M.D.

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, INI)		DOCTOR DE CABEZERA	
DIRECCION DEL PACIENTE (# DE CALLE)		CORREO ELECTRONICO	
(CIUDAD, ESTADO Y CODIGO POSTAL)			
NUMERO DE TELEFONO		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
# DE SEGURO SOCIAL			
SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	ESTADO CIVIL		OCUPACION
# DE TELEFONO DEL TRABAJO-EXT			
NOMBRE DE LA COMPANIA DE TRABAJO		DIRECCION DEL TRABAJO	
QUIEN PODEMOS CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA?		# DE TELEFONO	
NOMBRE DEL FAMILIAR O AMIGO MAS CERCANO QUE NO VIVA CON USTED		# DE TELEFONO	
TIENE UNA DIRECTIVA AVANZADA/TESTAMENTO DE VIDA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
NOMBRE DE FARMACIA:		DIRECCION:	NUM. DE TEL:
NOMBRE DE FARMACIA:		DIRECCION:	NUM.DE TEL:

NOMBRE DE ESOSO/ESPOSA	# DE SEGURO SOCIAL DE ESOSO/ESPOSA
COMPANIA DE TRABAJO DE ESOSO/ESPOSA	FECHA DE NACIMIENTO DE ESOSO/ESPOSA
# DE TELEFONO DE LA COMPANIA DE TRABAJO DE SU ESOSO/ESPOSA	OCUPACION DEL ESOSO/ESPOSA

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

SEGURO PRIMARIO	
# DE IDENTIFICACION SEGURO PRIMARIO	NUMERO DE GRUPO
DIRECCION DE COMPANIA DE SEGURO MEDICO Y # DE TELEFONO	
SEGURO SECUNDARIO	
PERSONA QUE DESEA QUE CONTACTE EN CASO DE EMERGENCIA	NUMERO DE TELEFONO
METODO DE PAGO: <input type="checkbox"/> EFECTIVO <input type="checkbox"/> CHEQUE <input type="checkbox"/> TARJETA DE CREDITO	

AUTORIZACION PARA CONTACTO DE INFORMACION: CON MI FIRMA YO AUTORIZO CONTACTAR A LOS NOMBRES MENCIONADOS ARRIBA PARA INFORMAR A LA COMPANIA DE SEGURO EN REFERENCIA AL TRATAMIENTO NECESITADO POR EL PACIENTE.

AUTORIZACION DE PAGO: CON MI FIRMA YO AUTORIZO QUE EL PAGO SE HAGA DIRECTAMENTE A ESTA COMPANIA PROVIENDO SERVICIOS MEDICOS.

YO ENTENDIO Y APRUEBO (SIN IMPORTAR MI ESTADO DE SEGURO MEDICO), YO SOY ULTIMAMENTE RESPONSIBLE POR EL BALANCE DE CUENTA Y POR CUALQUIER SERVICIO PROFESIONAL QUE SE OFRECE. ESTOY INFORMADO DE TODA INFORMACION NECESARIA Y E

INFORMACION DEL PACIENTE

DIGESTIVE DISEASE CONSULTANTS

RICHARD J. STRAKER, M.D.

HARRY H. SHEPHARD, M.D.

RAAJ K. POPLI, M.D.

SANJAY K. REDDY, M.D.

BARRY R. KATZ, M.D.

RESPONDIDO A TODAS LAS PREGUNTAS. CERTIFICO QUE TODA INFORMACION PROVEIDA. EN CASO DE CUALQUIER CAMBIO YO POVEERE INFORMACION NECESARIA.

FIRMA _____

FECHA _____