

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 _____