**Barry R. Katz, M.D. Harry H. Shephard, M.D. Sanjay K. Reddy, M.D. Raaj K. Popli, M.D. Jorge A. Zapatier, M.D.**

**Robert A. Shultz, D.O. Sarah F. Osorio, APRN Hanna R. Agard, APRN Jeanine L. Febres, APRN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:** |  | **Doctor referente:** |  |
| **Direccion:** |  |
| **Ciudad, Estado, Codigo postal:** |  | **Correo eletronico:** |  |
| **Fecha de nacimiento::** | **Telefono:** | **Numero de cellular:** |
| **Sexo:** | **Raza:** | **Estado Civil:**  | **Ocupacion:** |
| **Empleador:** | **Numero de trabajo: Ext.** |
| **Direccion de empleador:** | **Testamento vital: Si o No** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nombré del esposo/a o pareja:** | **Fecha de Nacimiento del esposo/a o pareja:** |
| **Empleador del esposo/ a o pareja:** | **Numer de telefono de esposo/a o pareja:** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **# 1 Contacto de emergencia:** | **Telefono #:** | **Relacion:** |
| **# 2 Contacto de emergencia:** | **Telefono #:** | **Relacion:** |
| **# 3 Contacto de emergencia:** | **Telefono #:** | **Relacion:** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Seguro Primario:** | **Telefono #:** |
| **ID #** | **Groupo #** |
| **Seguro Secundario:** | **Telefono #:** |
| **ID #** | **Groupo #** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **# 1 Farmacia** | **Direccion:** | **Telefono #:** |
| **# 2 Farmacia:** | **Direccion:** | **Telefono #:** |

AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMATION: EL ABAJO FIRMA POR LA PRESENTE AUTORIZA A DICHO PROVEEDOR A DIVULGAR TODO INFORMACION RELATIVA AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE ANTERIOR A SU COMPANIA O COMPANIAS DE SEGURO.

AUTORIZACIÓN DE PAGO: POR LA PRESENTE AUTORIZO QUE EL PAGO SE HAGA DIRECTAMENTE AL PROVEEDOR DE SERVICIOS. I

ENTIENDO Y ACEPTO QUE, INDEPENDIENTEMENTE DE MI ESTADO DE SEGURO, SOY RESPONSABLE EN ÚLTIMA GENERACIÓN DEL SALDO DEMI

CUENTA DE CUALQUIER SERVICIO PROFESIONAL PRESTADO. HE LEÍDO TODA LA INFORMACIÓN EN AMBOS LADOS DE ESTA HOJA Y HE

COMPLETA LAS RESPUESTAS ANTERIORES. CERTIFICO QUE ESTA INFORMACIÓN ES VERDADERA Y CORRECTA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO. LO HARÉ NOTIFICARLE DE CUALQUIER CAMBIO EN LA INFORMACIÓN ANTERIOR.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_