

CONFIDENTIAL INFORMATION

FECHA _____

NOMBRE DEL PACIENTE

_____ **SEXO** _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____ - _____ - _____

NO. DE SEGURO SOCIAL _____ - _____ - _____ **TEL. DEL HOGAR ()** _____

DIRECCION _____ **TEL. DEL EM ()** _____

DIRECCION _____ **APT #** _____ **DIRECCION DE EMAIL:** _____

CIUDAD/ESTADO _____ **CODIGO POSTAL** _____

INFORMACION DE PERSONA RESPONSABLE:

NOMBRE _____ **TEL. DE HOGAR ()** _____

DIRECCION _____ **TEL. DEL EMPLEO ()** _____

DIRECCION _____ **RELACION CON PACIENTE** _____

SEGURO SOCIAL _____

REFERIDO POR _____ **TEL DOCTOR PRIMARIO ()** _____

ESTADO CIVIL _____ **LUGAR DE EMPLEO** _____

DIRECCION DE EMPLEO _____

NOMBRE DE ESPOSO (A) _____ **TEL. DE EMPLEO DEL ESPOSO (A)** _____

EMPLEO DE ESPOSO (A) _____ **SEGURO SOCIAL DE ESPOSO (A)** _____

NO. DE FARMACIA _____

EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFIQUE A: (nombre y tel. no incluido en esta hoja):

NAME _____ **PHONE ()** _____

FAVOR DE FIRMAR LA AUTORIZACION PARA DIVULGACION DE INFORMACION

Autorizo la divulgacion de informacion medica necesaria para procesar mi reclamo del seguro. Entiendo que estos expedientes pueden contener informacion sobre el estado sicologico o siquiatico, abuso de drogas, abuse de bebidas alcoholicas, infeccion for el virus de insuficiencia inmunologica (HIV) incluyendo el sindrome de insuficiencia inmunologica (SIDA) o resultados de la prueba para determinar la presencia de dicho virus.

Autorizo el pago de beneficios del seguro (basico, HMO, PPO, Medicare o Medicaid) al medico cuya firma aparece en la forma de reclamo adjunta.

Yo e sido informado sobre polisa de privacidad de MNA que pertenece sobre mi informacion de salud. Que se encuentra puesta en la sala de espera, y que esta a su disposicion.

FECHA _____ **FIRMA** _____

FOR OFFICE USE ONLY

CHART # _____ **DOCTOR** _____