

**EL CENTRO DE LA MANO DE LA FLORIDA**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_  
**(Apellido) (Nombre) (Inicial)**

**Numero de Teléfono de la casa** \_\_\_\_\_ **Trabajo** \_\_\_\_\_ **Celular**  
\_\_\_\_\_

**Seguro Social** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_

**Dirección Electrónica** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN ALTERNA / TELÉFONO**

\_\_\_\_\_  
**(Si aplica)**

**EMPLEADOR Del Paciente / teléfono**  
\_\_\_\_\_

**Direccion del Empleador**  
\_\_\_\_\_

**Nombre del Conyuge** \_\_\_\_\_

**Occupacion** \_\_\_\_\_

**Nombre Del Empleador Del**

**Conyuge** \_\_\_\_\_ **ESTADO CIVIL (marque con un círculo)**

**Soltero Casado Divorciado Viudo Separado legalmente**

**Contacto de Emergencia / Teléfono**  
\_\_\_\_\_

**EL PROBLEMA ES DEBIDO A UN ACCIDENTE? (Marque con un círculo) Auto Trabajo Otro**  
**Si es relacionado a su trabajo o con un accidente FAVOR DE LLENAR LA PARTE DE ATRÁS DE ESTE FORMULARIO**

**NATURALEZA DEL PROBLEMA** \_\_\_\_\_

**¿SE LE HAN HECHO RAYOS X DEBIDO A ESTE PROBLEMA ? SI ES ASÍ,**  
**Cuando** \_\_\_\_\_ **Donde** \_\_\_\_\_

**MEDICO DE FAMILIA** \_\_\_\_\_

**Recomendado por: (nombre del médico)**  
\_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Periodico \_\_\_\_\_ Radio \_\_\_\_\_ TV \_\_\_\_\_ SITIO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

\*\*\* ¿Está recibiendo algún servicio de salud en el hogar? \_\_\_\_\_ SI NO \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE SU SEGURO PRINCIPAL**

Número de identificación de Medicare \_\_\_\_\_ # ¿Está  
trabajando? \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro de su compañía \_\_\_\_\_ Num ID \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ GRUPO

¿ES USTED EL ASEGURADO? SI NO de no serlo, Nombre del  
Asegurado \_\_\_\_\_ INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO O  
SUPLEMENTARIO \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro de la Compañía \_\_\_\_\_

Núm. ID \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_ ES USTED EL ASEGURADO?  
\_\_\_\_\_ SI NO

Yo autorizo a los médicos especialistas de El Centro de la mano de la Florida para ofrecer toda la información referente a mi cuidado a la compañía de seguros. También entiendo que el pago es debido en el momento de cada visita y soy plenamente responsable financieramente, ya que mi seguro es un contrato entre mi persona y la compañía de seguros. Asimismo, autorizo la divulgación de información a cualquier organismo necesario para el pago de la cuenta. Yo autorizo a El Centro de la mano de la Florida especialistas de la mano para ofrecer los registros a cualquier médico y / o instalación médica que estimen pertinentes a mi cuidado.

**POR FAVOR LLENE EL LADO DE ATRÁS DE ESTE FORMULARIO**