

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