# Ramiro Nieves, M.D.

## INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
APELLIDO NOMBRE COMPLETO

FECHA DE NACIMENTO: _____ EDAD: _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

SEXO: ❒ F ❒ M ESTADO CIVIL: ❒ SOLTERO/A ❒ CASADO/A ❒ VIUDO/A ❒ DIVORCIADO/A

DOMICILIO: _____
CALLE CIUDAD ESTADO ZONA POSTAL

TELEFONOS: _____ _____ _____
DOMICILIO CELLULAR TRABAJO

LUGAR DE EMPLEO: _____ OCUPACION: _____

DIRECCION: _____ TELEFONO: _____

NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NOMBRE DEL GUARDIAN: _____

LUGAR DE EMPLEO: _____ OCUPACION: _____

DIRECCION: _____ TELEFONO: _____

IDIOMA PREFERIDO POR EL PACIENTE: _____

SEGURO PRIMARIO: _____ POLIZA #: _____ GRUPO: _____

DIRECCION: _____ TELEFONO: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ FECHA DE NACIMENTO: _____

SEGURO SECUNDARIO: _____ POLIZA #: _____ GRUPO: _____

DIRECCION: _____ TELEFONO: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO : _____ FECHA DE NACIMENTO: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____
NOMBRE RELACION TELEFONO

ALERGIAS MEDICAS: _____

DOCTOR PRIMARIO: _____ TELEFONO: _____

POR ESTE MEDIO AUTORIZO A MI DOCTOR, Y/O A SUS ASOCIADOS, QUE SOLICITEN PAGOS A MI COMPAÑIA DE SEGURO, POR CONCEPTO DE LOS SERVICIOS MEDICOS QUE HE RECIBIDO DE ELLOS. ESTE PAGO HABRA DE HACERSE DIRECTAMENTE AL MEDICO. YO AUTORIZO PROVEER CUALQUIER INFORMACION NECESARIA PARA EL PROCESAMIENTO DE ESTA RECLAMACION.
ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE PAGAR CUALQUIER COSTO QUE MI COMPAÑIA DE SEGURO NO PAGUE, SI FUERA NECESARIO REFERIR MI CUENTA A UN ABOGADO O UNA AGENCIA DE COBRO, HABRE DE PAGAR CUALQUIER COSTO ADICIONAL QUE SE INCURRA.
AUTORIZO AL DOCTOR ANTES MENCIONADO Y/O SUS ASOCIADOS, A QUE ME ADMINISTREN CUALQUIER TRATAMIENTO QUE ESTIMEN NECESARIO. ASI MISMO, LES AUTORIZO QUE LLEVEN A CABO CUALQUIER PRUEBA MEDICA NECESARIA PARA LOGRAR UN DIAGNOSTICO EXACTO Y UN TRATAMIENTO ADECUADO.

_____ _____
FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN ( SI EL PACIENTE ES MENOR DE I8 AÑOS) FECHA

PRINTED BY: SERGIO'S PRINTING, INC. TEL.: 305-971-4112 -REV: 4/21/06