



INFORMACION DEL PACIENTE "PATIENT'S INFORMATION"

RAZON: _____
HORA CITA: _____
HORA LLEGADA: _____
HORA ENTREGA DEL PTE: _____
#RECORD: _____

FECHA (DATE): _____

¿Ha sido atendido anteriormente en el Instituto? (It has previously been treated at the Institute?): Sí _____ No _____

Si su respuesta es en la afirmativa, ¿Cuándo fue su última visita al Instituto? _____

_____ *** - ** - SEGURO SOCIAL (ULTIMOS CUATRO DIGITOS) (SOCIAL SECURITY NUMBER-LAST FOUR DIGITS)			
NOMBRE (NAME)	INICIAL (INITIAL)	PRIMER APELLIDO (LAST NAME AND MAIDEN NAME)	2DO APELLIDO
FECHA DE NACIMIENTO (DATE OF BIRTH) _____ MES DIA AÑO (MONTH) (DAY) (YEAR)		LUGAR DE NACIMIENTO (PLACE OF BIRTH) _____	
DIRECCION RESIDENCIAL: (HOME ADDRESS) _____ _____		DIRECCION POSTAL: (MAILING ADDRESS) _____ _____	
ZIP CODE		ZIP CODE	
ESTADO CIVIL (MARITAL STATUS) <input type="checkbox"/> SOLTERO(A) (SINGLE) <input type="checkbox"/> CASADO(A) (MARRIED) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) (DIVORCED) <input type="checkbox"/> SEPARADO(A) (SEPARATED) <input type="checkbox"/> VIUDO(A) (WIDOW) RELIGION: (RELIGION) _____		TEL. CASA: (HOME PHONE) _____ CELULAR: (CELL PHONE) _____ TEL. TRABAJO: (WORK PHONE) _____	
NOMBRE DE PADRE (FATHER NAME) _____		NOMBRE DE MADRE (MOTHER NAME) _____	
PLAN MEDICO: (HEALTH INSURANCE) _____ # DE CONTRATO: (CONTRACT NUMBER) _____ FECHA EXPIRACION: (EXPIRATION DATE) _____		TIENE OTRO PLAN MEDICO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (DO YOU HAVE ANY OTHER HEALTH INSURANCE) _____ # CONTRATO: (CONTRACT NUMBER) _____ FECHA DE EXPIRACION: (EXPIRATION DATE) _____	

ME ENTERE DEL INSTITUTO A TRAVES DE: (I WAS REFERRED TO IOP BY): _____

MOTIVO DE LA VISITA DE HOY: (REASON FOR TODAY VISIT) _____

Solo yo como paciente soy responsable por las obligaciones financieras de los servicios médicos que reciba. Si la cuenta incurrida por estos servicios no la paga el(los) plan(es) médico(s), me comprometo a pagarlo pronto. Además, autorizo a mi plan médico y sus agentes a solicitar información médica y a IOP a proveerle la misma para determinar los pagos por los servicios que reciba. (I'm the Patient and I understand that I am the responsible for charges of all medical services received. Any balance from my account left unpaid by insurance plan is my responsibility and I will pay it promptly. I hereby authorized my insurance plan and its representatives to receive copy of my medical record and for IOP to such information in order to determine total charges).