

Cuidado americano de la familia – PERFIL DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____
Dirección: _____

Sexo: Hombre Mujer
Fecha de nacimiento el - _____

Número del Seguro Social: _____

Ciudad, estado y Código postal _____
civil: Soltero Casado Divorciado

Estado _____

Teléfono: _____ Casa Trabajo Célular
Exp: _____

Licencia de conducir: _____

Teléfono: _____ casa Trabajo Célular

Doctor primario: _____

Doctor que refiere esta visita _____

Correo electrónico: _____

EMPLEO DEL PACIENTE

Empleado Desempleado Retirado Otro

AFC tiene permiso de hablar de mi información médica y las cuentas con las siguientes personas

Teléfono: _____
 Otro

esposo del paciente _____

Patrón: _____
otro

pariente del paciente _____

INFORMACIÓN RESPONSABLE DE PAGAR

Igual que paciente

Empleador: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____ casa

Trabajo Célular

Teléfono: _____

Dirección: _____
 casa Trabajo Célular

Número del Seguro Social _____

Ciudad, estado: _____

Fecha de nacimiento : _____

SEGURO PRIMARIO

Igual que paciente Iguales como garante Otro
a los asegurados:

Relación del paciente

Uno mismo Esposo

Niño Otro

Nombre de la persona asegurada _____

del Seguro Social _____

Teléfono de los asegurados: _____ Casa Trabajo Célular

Teléfono de los asegurados: _____ Casero Trabajo Célula

Fecha de nacimiento de los asegurados: _____

de la identificación # del seguro _____

Nombre del seguro _____

Número del Grupo del Seguro: _____

_____ de la dirección del correo del seguro

Igual que paciente Iguales como garante Otro
paciente a los asegurados:

Relación del

Uno mismo Esposo

Niño Otro

Nombre de la persona asegurada _____

del Seguro Social _____

Teléfono de los asegurados: _____ [] Casa [] Trabajo [] Célular

Teléfono de los asegurados: _____ [] Casero [] Trabajo [] Célula

Fecha de nacimiento de los asegurados: _____

_____ de la identificación # del seguro

Nombre del seguro _____

Número del Grupo del Seguro:

_____ de la dirección del correo del seguro

FIRMA DEL PACIENTE/DEL GARANTE: _____

FECHA: _____