

Children's Heart Center of El Paso

TODA LA INFORMACION DEBE SER PROPORCIONADA (favor de usar letra de molde)

| INFORMACION DEL PACIENTE | | | Numero de record - | |
|-----------------------------|---|--------|--------------------------|--------------------------------|
| Nombre de el paciente : | Fecha de nacimiento | Edad | Mujer o Hombre | Teléfono de la casa () |
| Dirección | Ciudad | Estado | Codigo postal | Teléfono de Celular () |
| Seguro Social #: | Raza (Indique) Afro-Americano Anglo Sajon Latino Otro | | Idioma Ingles Espanol | Estado Civil Casada Soltero |
| Empleo-Nombre de la escuela | Teléfono del empleo: | | | Divorciada(o) Viuda(o) |
| Referido Por: | Doctor Primario | | | |

INFORMACION PRIMARIA DE LA PERSONA RESPONSABLE

| | | | | |
|------------------|----------------------|-----------------|---------------------------|------------------------------|
| Nombre: | | Dirección: | | |
| Ciudad : | Estado : | Codigo postal | Relación con el paciente | Empleo: |
| Seguro Social #: | Fecha de nacimiento: | Teléfono () | Teléfono de empleo () | Teléfono de celular : () |

INFORMACION SECUNDARIA DE LA PERSONA RESPONSABLE

| | | | | | |
|------------------|----------------------|----------------------------|---------------------------|------------------------------|--|
| Nombre : | | Relación con el paciente : | | Dirección : | |
| Ciudad : | Estado : | Codigo postal : | Teléfono » () | Teléfono de empleo : () | |
| Seguro Social #: | Fecha de nacimiento: | Teléfono () | Teléfono de empleo () | Teléfono de celular : () | |

FAMILIAR MAS CERCANO O AMIGO QUE NO VIVA CON USTED

| | | | | |
|----------|----------------------------|-----------------|----------------------------|--|
| Nombre : | Relación con el paciente : | Teléfono () | Teléfono de Celular () | |
|----------|----------------------------|-----------------|----------------------------|--|

INFORMACION DE SEGURO MEDICO; PERSONAL O GRUPAL

(Favor de presentar tarjeta de seguro al receptionista)

| SEGURO PRIMARIO | | SEGURO SECUNDARIO | |
|---|----------------------|--|-----------------------|
| Nombre de la compañía de seguros: | Teléfono: () | Nombre de la compañía de seguros: | Teléfono: () |
| Dirección de la compañía: | | Dirección de la compañía: | |
| Nombre del patron (si seguro de grupo): | | Nombre del patrono (si seguro de grupo): | |
| Número de póliza: | Numero de grupo: | Número de póliza: | Numero de grupo: |
| Nombre del subscriptor: | Fecha de nacimiento: | Nombre del subscriptor: | Fecha de nacimiento : |

FAVOR DE LEER ANTES DE FIRMAR: Por la presente autorizo a Children's Heart Center of El Paso poder entregar copias de mi expediente medico a los hospitales, clinicas o doctores particulares para razones medicos.

Por la presente autorizo a Children's Heart Center of EL Paso a suministrar a la compañía aseguradora mencionada por mi, cualquier información requerida por ellos. Incluyendo información de mi expediente médico. Asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos los cuales tengo derecho a Children's Heart Center. Esta asignación se mantiene en efecto hasta que sea revocada por escrito por mi. Una copia fotostática de este original es considerada tan valida como el original. Entiendo que soy responsable por todos los cargos por servicio médico fueran estos pagados o no por la compañía de seguros. Entiendo que todo dinero pagado en exceso por la compañía de seguros será devuelto. Si se me estableciera una línea de crédito autorizo a Children's Heart Center a solicitar una evaluación de mi crédito y a someter informes en caso de falta de pagos. Entiendo que esta forma debe ser completada en forma anual. Consiento que Children's Heart Center me provea tratamiento médico y de consejería.

FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE _____ **FECHA** _____