

Información del paciente

Apellido _____ Nombre _____

Fecha de nacimiento ___/___/___ Edad _____ Hombre _____ Mujer _____

Dirección _____ Dpto. N.º _____ Ciudad _____ Estado _____ C. P. _____

Si es estudiante, escuela a la que asiste _____

Médico que deriva _____ Teléfono () _____

Pediatra/Médico de atención primaria _____

Primer padre Apellido _____ Nombre _____

Fecha de nac. ___/___/___ Lic. de conduc. de Texas N.º _____ Ocupación _____

Teléfono (part.)() _____ (laboral)() _____ (cel.)() _____

Empleador _____ Correo electrónico _____

Segundo padre Apellido _____ Nombre _____

Fecha de nac. ___/___/___ Lic. de conduc. de Texas N.º _____ Ocupación _____

Teléfono (part.)() _____ (laboral)() _____ (cel.)() _____

Empleador _____ Correo electrónico _____

Contacto alternativo (cuando no podamos ubicarlo) Nombre _____

Teléfono _____ Relación con el paciente _____

Información del seguro – Presente su tarjeta del seguro y la licencia de conducir para que se pueda hacer una copia

Seguro primario _____ Teléfono de verificación _____

N.º de ID _____ del Plan del grupo N.º _____ Empleador _____

Dirección de reclamos _____ Ciudad _____ Estado _____ C. P. _____

Apellido del asegurado _____ Nombre _____ MI _____

Fecha de nac. ___/___/___ Lic. de conduc. de Texas N.º _____ Relación con el paciente _____

Teléfono (part.)() _____ (laboral)() _____ (cel.)() _____

Seguro secundario _____ Teléfono de
verificación _____
N.º de ID _____ del Plan del grupo N.º _____ Empleador

Dirección de reclamos _____ Ciudad _____ Estado _____ C. P. _____
Apellido del asegurado _____ Nombre _____ Inicial del
segundo nombre _____
Fecha de nac. ____/____/____ Lic. de conduc. de Texas N.º _____ Relación con el paciente

Teléfono (part.) () _____ (laboral) () _____ (cel.) ()
_____)

"Por el presente, autorizo a Children's ENT of Houston/Mednax a brindar cualquier información asociada con mi atención a mi médico de referencia, a otros profesionales de la salud relacionados o a mi compañía aseguradora".

Firma del paciente/responsable _____ Fecha _____