



**HOJA INFORMATIVA PARA EL PACIENTE**  
(Por favor escriba con letra de molde)

Med Rec # \_\_\_\_\_  
Acct # \_\_\_\_\_  
MH PR CC VL Ccare By \_\_\_\_\_  
Office use only \_\_\_\_\_

**PACIENTE** Fecha de hoy: \_\_\_\_\_, 19\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Otros nombres usados: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ # de Licencia \_\_\_\_\_ Edo. \_\_\_\_\_ Casado/  
Soltero \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Codigo Postal \_\_\_\_\_ Tel: (casa) \_\_\_\_\_

Trabajo: \_\_\_\_\_ (trbj) \_\_\_\_\_

Domicilio de su trabajo: \_\_\_\_\_

Padres/Esposo(a) \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Número Seguro Social \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ # Licencia \_\_\_\_\_ Edo. \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Domicilio (si es diferente) \_\_\_\_\_ Tel: (casa) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Edo./Codigo Postal \_\_\_\_\_ (trbj) \_\_\_\_\_

Trabajo (nombre/dirección): \_\_\_\_\_

Nombre de alguien que no viva con usted/en caso de emergencia.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Tel: (casa) \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Edo./Codigo Postal \_\_\_\_\_ (trbj) \_\_\_\_\_

**Persona Responsable**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Número Seguro Social \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Licencia \_\_\_\_\_ Edo. \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Tel: (casa) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Edo./Codigo Postal \_\_\_\_\_ (trbj) \_\_\_\_\_

Nombre de su trabajo \_\_\_\_\_

Tarjetas ( ) Visa ( ) \_\_\_\_\_

de Credito ( ) AMX ( ) M/C Número # \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_

**Información de Seguro** ¿Tiene usted póliza de seguro? ( ) si ( ) no

1. Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Edo./Z.P. \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Asegurado: \_\_\_\_\_

Número Seguro Social: \_\_\_\_\_

Grupo: # \_\_\_\_\_

Fecha de principio: \_\_\_\_\_

2. Compañía de Seguro \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Edo./Z.P. \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Asegurado: \_\_\_\_\_

Número Seguro Social: \_\_\_\_\_

Grupo: # \_\_\_\_\_

Fecha de principio: \_\_\_\_\_