

ENT SPECIALISTS OF ARIZONA, P.C.

PERSONAL INSURANCE INFORMATION

PATIENT NAME/Nombre de Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____			
Parent/Guardian Name/Padre o Guardian: _____			
Address/Direccion:	City/Cuidad	State AZ	Zip/codigo postal
Telephono de Casa	Celular	Doy permiso para ser contactado por ___ Casa ___ Celular ___ correo electrónico ___ Texto	
Correo electrónico _____		Ok dejar mensaje? ___ yes ___ no	
Marital Status: ___ Casado ___ Soltero ___ Divorciado ___ Viudo ___ Apartado		Gender ___ masculino ___ femenino	

Información del seguro (Totalmente completo)

___ Marque aquí si no tiene seguro

Compañía de seguros primaria	Nombre del titular del seguro	Fecha de nacimiento del titular del seguro	Relacion con el paciente ___Yo ___Esposo ___ Nino ___ Otra
Numero de Poliza #	Grupo #		
Segunda Aseguranza	Nombre del titular del seguro	Fecha de nacimiento del titular del seguro	Relacion con el paciente ___Yo ___Esposo ___ Nino ___ Otra
Numero de Poliza #	Grupo #		

Estamos obligados a preguntar acerca de su carrera: ___Blanco o caucásico ___ Hispanio o Latino ___ Negro Hispanio o Latino ___ Negro o AfroAmericano
___Indio Americano or Nativo de Alaska ___ Nativo hawaiano or Isleño pacifico ___ Asiático ___ Otra ___ No prefiero responder

Autorización para revelar información de salud

Yo authorizo las discusiones y informacion de mi salud para las siguientes personas:

Nombre _____ Relacion _____ Telefono _____

Nombre _____ Relacion _____ Telefono _____

Tienes una directiva anticipada? ___ Testamento vital ? ___ Poder médico? ___

___ No revele mi información con nadie

FARMACIO

Nombre de Farmacio	direccion:	Telefono
--------------------	------------	----------

Contacto de emergencia

Nombre _____	Relacion _____	Telefono _____
--------------	----------------	----------------

Declaro que las respuestas y declaraciones anteriores son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Reconozco por este medio que he leído esta sección entera delante y reverso, y estoy de acuerdo de todos los términos aquí.

x _____
Firma de la parte responsable Fecha

Médico de Referencia: _____	Médico familiar: _____
-----------------------------	------------------------