

**PERSONAL INSURANCE INFORMATION**

PATIENT NAME/Nombre de Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____			
Parent/Guardian Name/Padre o Guardian: _____			
Address/Dirección:	City/Ciudad	State AZ	Zip/código postal
Telephono de Casa	Celular	<b>Doy permiso para ser contactado por</b>	
		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> correo electrónico <input type="checkbox"/> Texto	
Correo electrónico _____		<b>Ok dejar mensaje?</b>	
		<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Marital Status: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Apartado		Gender <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Otra
Numero de Poliza #	Grupo #		
Segunda Aseguranza	Nombre del titular del seguro	Fecha de nacimiento del titular del seguro	Relacion con el paciente <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> 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	dirección:	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:** \_\_\_\_\_