

CRESCENT HEALTHCARE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (LETRA DE IMPRENTA)

Nombre _____ **Numero De Telefono** _____ **Cell**
Numero _____
Direccion _____ **Unidad #** _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Area postal** _____
E-mail _____
Edad _____ **Fecha de nacimiento** _____ **SS#** _____ **M** ___ **F** ___ **Estado civil** _____ **Numero de hijos** _____
Empleado _____ **ocupación** _____
Direccion de Empleado _____ **Teléfono de trabajo** _____

Nombre del cónyuge / Tutor _____ **SS#** _____

Telefono _____ **Empleado Telefono** _____ **E-mail** _____

Empleado por _____ **ocupación** _____
Contacto de emergencia _____ **Telefono** _____ **Relacion** _____

QUEJA ACTUAL

Describe su problema _____
Condición relacionados: Trabajo _____ Auto _____ Otros _____ **Fecha del accidente** _____
Los médicos visto para este Problema /telefono # _____
hospitalizado Si _____ NO _____ En caso afirmativo ¿cuántos días _____ Número de días perdidos de trabajo / escuela _____

CUIDADO ANTERIOR

Cirugías / Cuando _____

Tratado por un médico para cualquier Estado en los últimos 12 meses Si _____ NO _____
Describe Condición _____ Fecha de la última Examen Físico _____

Alérgico a algún medicamento / Alimentos Si _____ NO _____ Que
tipo _____

Tomar cualquier medicamento Si _____ NO _____ ¿Qué tipo / Fuerza _____

Fumar? _____ Si es así, ¿cuánto _____

Embarazada Si _____ NO _____ Fecha de la última menstruación _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro (AUTO) Primario _____ **ID Numero** _____ **Grupo Numero** _____
Direccion _____ **Numero De**
Telefono _____
Nombre Asegurado _____ **Fecha de nacimiento** _____

Seguro Secundario _____ ID Numero _____ Grupo
Numero _____

Direccion _____ Numero De Telephono _____

Nombre Asegurado _____ Fecha de nacimiento _____

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo y acepto que las pólizas de seguro de salud y accidentes son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo. Además, entiendo que esta oficina preparará los informes y formularios necesarios para que me ayude en la toma de la colección de la compañía de seguros y que cualquier cantidad autorizada a pagar directamente a esta oficina se acreditarán en mi cuenta a la recepción. Entiendo claramente y estoy de acuerdo que todos los servicios prestados a mí se pagan directamente a mí y que yo soy personalmente responsable del pago. También autorizo a exámenes, radiografías y / o cualquier otro procedimiento se consideren necesarias en esta oficina. ¿Debería convertirse en un paciente, entiendo que soy responsable de los arreglos financieros que se harán.

FIRMA DEL PACIENTE _____ Fecha _____

O TUTOR FIRMA DEL CÓNYUGE _____ Fecha _____