

<b>Información del Paciente</b>
---------------------------------

Sr/Sra/Srita \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ No. de Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo ( ) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

En Caso de Emergencia/Nombre \_\_\_\_\_ No. de Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Persona Responsable \_\_\_\_\_ Relación con la Persona: Yo Esposa Hijo(a) Otra

Dirección de la Persona \_\_\_\_\_ Tel#( ) \_\_\_\_\_ Poder de abogado Si No

No. de Seguro Social \_\_\_\_\_ H  M  Estado Civil \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Doctor que lo Refirio \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Doctor Principal \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

¿Es usted diabético? Si  No  En caso afirmativo, nombre y dirección de su médico del tratamiento de la diabetes

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

¿Es su condición resultado de una lesión? Si  No  Fecha de la lesión \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿qué tipo de lesión? \_\_\_\_\_

¿Es la lesión o herida relacionada al trabajo? Si  No  Si las respuesta es si:

Lugar de Empleo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Persona de contacto \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Numero de Caso \_\_\_\_\_

¿Fue la lesión consecuencia de un accidente de tráfico? Si  No  En caso afirmativo, nombre del ajustador de la compañía de seguros: Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ Numero de Caso \_\_\_\_\_

Lugar del Empleo \_\_\_\_\_

Dirección del correo electrónico \_\_\_\_\_ No. del celular \_\_\_\_\_

<b>Información de Aseguranza</b>
----------------------------------

Primera Aseguranza \_\_\_\_\_

Dirección/ Teléfono \_\_\_\_\_

Número de Póliza \_\_\_\_\_ Número De Grupo Médico \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimineto \_\_\_\_\_

Segundo Aseguranza \_\_\_\_\_

Dirección/ Teléfono \_\_\_\_\_

Número de Póliza \_\_\_\_\_ Número Del Grupo Médico \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimineto \_\_\_\_\_

**Por favor presentar su tarjetas de póliza/aseguranza en la recepción para poder hacer copias.**  
 Certifico que la información proporcionada por mí es verídica, precisa y completa.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente o Persona Responsable

\_\_\_\_\_  
 Fecha