

CENTRAL TEXAS MEDICAL ASSOCIATES

San Marcos Clinic Patient Information Form

# de Seguro Social	Apellido:	Primer Nombre:	MI
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
# de Teléfono:	# del Trabajo:	Fecha de nacimiento:	
Sexo: Hombre / Mujer		Casados / Solteros / Divorciados	
# de Licencia:	Donde Trabaja:		
Nombre de su medico:			

PERSONA RESPONSABLE

Apellido:	Primer Nombre:	MI:	
# de Seguro Social:	Relación al Paciente:		
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
# de Teléfono:	# del Trabajo	Fecha de nacimiento:	
Hombre / Mujer		Casados / Solteros / Divorciados	

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Nombre de la Aseguransa: Teléfono:	# del		
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Nombre del Asegurado(s):	# de Seguro Social:		
# de Póliza:	# del Grupo:	Fecha de efectivo:	
Aseguransa del Trabajo? Si No	Nombre de Empleo:		
Nombre de la Aseguransa segunda (si tiene):	# de Teléfono:		
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Nombre del Asegurado(s):	# de Seguro Social:		
# de Póliza:	# del Grupo:	Fecha de efectivo:	
Nombre de la persona a quien podemos avisar en caso de emergencia:			
Nombre:	Relación al Paciente:		
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Condigo Postal:
# del Trabajo:	# de teléfono de casa:	# de teléfono de celular:	

Autorización de información medica: Usted da autorización a Central Texas Medical Associates para poder utilizar Y divulgar su información médica de manera que el tratamiento y los servicios que usted reciba en CTMA puedan ser facturados de la compañía de seguros.

Firma

Fecha