

VICTORIA centro de audición de ENT
361-573-4832 117 médicos Dr Ste 2 Victoria, Texas 77904-3114

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ Fecha de cita: _____
PRIMERO MI PASADO
DIRECCIÓN _____
PO Caja/calle CIUDAD ESTADO ZIP
HOGAR TEL # _____ # DE CÉLULAS: _____
TRABAJO _____ SEGURIDAD SOCIAL # _____

MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO _____ ESTADO CIVIL: _____

MÉDICO: _____ DOCTOR: _____

Complete esta sección si el paciente es menor de edad. (Adulto que presenta la menor para el tratamiento será responsable partido en n)

PADRE O TUTOR LEGAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ RELACIÓN: _____
D/AÑO

DIRECCIÓN POSTAL: _____
PO Caja/calle CIUDAD ESTADO ZIP

HOGAR TEL # _____ # DE CÉLULAS _____

TRABAJO _____ FALLAD _____

Complete esta sección para el titular del seguro.

NOMBRE DEL TOMADOR DEL SEGURO: _____ FALLAD _____

SEGURO DE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
D/AÑO

NOMBRE DEL TOMADOR DEL SEGURO: _____ FALLAD _____

SEGURO DE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
D/AÑO

CONTACTO DE EMERGENCIA/RELACIÓN PACIENTE: _____

(números de teléfono no deben ser sus propia)

CASA # _____ CELULAR # _____ Trabajo # _____

CMS, una agencia federal dentro de los Estados Unidos salud y servicios humanos, está solicitando que obtengan esta información a proveedores de servicios médicos.
POR FAVOR AYUDENOS ESTA LLENANDO. Gracias.

Origen étnico: ___Decline ___Hispanic estado, ___Not hispana o Latina

Raza: ___Decline a ___American estado indio o nativo de Alaska ___Asian ___Black o ___White afro americano
___Native hawaianos u otros isleños del Pacífico ___Some otra raza

Idioma: ___English ___Spanish ___Other, por favor indicate___

07.03.17 revisado