# CONSENTIMIENTO DE PACIENTE

Yo, el firmante, voluntariamente autorizo a los profesionales de Physician Care Centers para realizarme tratamiento medico, diagnostico, cirugias menores asi como cualquier otro servicio necesario ó posible para el diagnostico y/o tratamiento de mi condición y para mantener mi salud. Estoy consciente que la practica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no me pueden garantizar los resultados de un tratamiento ó revisión medica realizados en esta oficina.

_____ _____ ____ / ____ / _____
Nombre del Paciente Fecha Fecha nacimiento

_____
Firma del Paciente/Representante Legal

---

CONFIRMACION DE HABER LEIDO Y ENTENDIDO EL REGLAMENTO SOBRE LA PRACTICA PRIVADA

He recibido y revisado el Reglamento sobre la Practica Privada asi como la Lista de los Derechos de los pacientes en el estado de la Florida.

_____ _____
Firma del Paciente/Representante Legal Fecha

SOLO PARA USO DE LA OFICINA Hemos tratado de obtener la firma del paciente confirmando conocer el Reglamento sobre la Practica Privada, y no ha sido posible por la razón expuesta a continuación:

## SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Fecha _____ Iniciales _____ Razón:_____

## Autorización y Asignación

Autorización y Asignación Por la presente autorizo a Physician Care Centers a entregar cualquier informacion medica necesaria para procesar los reclamos en mi nombre: Yo, autorizo que los pagos por servicios prestados se hagan directamente a Physician Care Centers. Y tambien autorizo el pago de beneficios del gobierno a el Medico (Entidad) y cualquier pago relacionado con seguro cruzado. Solicito tambien que los pagos de seguros secundarios se hagan en mi nombre o de la entidad arriba descrita. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos en el caso que no los cubra mi seguro. En el caso de impago, Yo estoy de acuerdo en pagar todo el costo de cobranzas y el costo razonable de abogados.
Yo certifico que la información que he dado sobre mi cobertura de seguro es correcta. Estoy de acuerdo en que una fotocopia de este acuerdo puede ser considerada efectiva y valida como si fuera el original.

_____ _____
Firma del Paciente/Representante Legal Fecha

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nuestra práctica se compromete a educar a nuestros pacientes sobre los problemas de atención médica que los afectan. Como resultado, le proporcionamos información general sobre la Regla de Privacidad, una regulación federal de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) junto con una breve descripción de nuestro Aviso de Privacidad. Nuestra práctica cumple con las regulaciones de HIPAA.

**¿Qué es HIPAA y cómo le afecta la Regla de Privacidad?** La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) le dio al gobierno federal la capacidad de exigir cómo los planes de atención médica, los proveedores y las cámaras de compensación almacenan y envían la información personal de un paciente en relación con la atención médica. La Regla de Privacidad fue creada para proteger sus derechos como paciente de nuestra práctica y estamos obligados por ley a cumplir con la regulación. Bajo la Regla de Privacidad, se le garantiza el acceso a sus registros médicos, se le permite el control sobre cómo se usa y divulga su información de salud protegida y se le permite tomar medidas si su privacidad se ve comprometida al seguir la política de la práctica. Nuestra práctica se dedica a mantener la privacidad de su información personal.

**¿Qué es la información de salud identificable individualmente?** Cualquier información de salud que proporcione a nuestra práctica, incluida su dirección postal. Información creada y retenida por nuestra práctica o recibida de otro proveedor de atención médica que se relaciona con su tratamiento, operaciones de atención médica, pago y / o que lo identifica como individuo.

**¿Qué es el Aviso de Práctica de Privacidad?** Nuestro Aviso oficial de Práctica de Privacidad se publica en nuestra área de recepción e informa a nuestros pacientes sobre sus derechos en torno a la protección de su Información de Salud de Identificación Individual y nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de dicha información. Este aviso se aplica a todos los registros creados, obtenidos o retenidos por nuestra práctica. Podemos actualizar nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Nuestro Aviso de Práctica de Privacidad se publicará en nuestra área de recepción y puede solicitar una copia en cualquier momento.

Las siguientes categorías describen las circunstancias en las que podemos usar y divulgar su información de salud de identificación individual:

TratamientoRecuerdos de nombramiento
PagoOperaciones de atención médica
Opciones de tratamientoDescubiertas requeridas por la ley
Beneficios y servicios relacionados con la saludDivulgación de información a familiares/amigos

Las siguientes categorías describen una situación única en la que podemos divulgar su información de salud identificable individualmente:

Riesgos para la salud pública
Comité de supervisión de la salud
Demandas y actividades similares
Decrecientes Pacientes fallecidos
Donación de órganos y tejidos
Salidas amenazas graves para la salud o la seguridad
Militares
Inclusos de Seguridad Nacional
Compensación al Trabajador
Aplicación de la Ley
Investigación

¿Cuáles son sus derechos con respecto a su información de salud de identificación individual? Usted tiene derechos con respecto a la información de salud de identificación individual que mantenemos sobre usted. Las políticas y procedimientos para las siguientes circunstancias se enumeran en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad:

1. Comunicaciones confidenciales
2. Solicitud de restricciones
3. Inspección y copias
4. Enmienda
5. Contabilidad de las divulgaciones
6. Derecho a una copia impresa de este Aviso
7. Derecho a presentar una queja
8. Derecho a proporcionar una autorización para otros usos y divulgaciones

**He leído el breve aviso proporcionado por Physician Care Centers y he sido informado de cómo obtener más información sobre el Aviso de privacidad de la práctica.**

_____ _____
Signature Date

_____ _____
Imprimir Nombre Fecha

PHYSICIAN CARE CENTERS

# DIRECTIVAS AVANZADAS

**Nombre: _____ Fecha de Nacimiento_____**

**Aunque no se puede eliminar toda la incerteza sobre sus futuras necesidades de cuidados, tener una DIRECTIVA ANTICIPADA puede darle la tranquilidad que supone dar a conocer sus deseos por adelantado.**

## Declaración para Rechazar Procedimientos de Prolongación de la vida

- ❑ He hecho un testamento en vida
- ❑ NO tengo un testamento en vida

## Subtitucion de la Asistencia Medica

- ❑ He designado un Sustituto para la Atención Medica
- ❑ NO he designado un Sustituto para la Atención Medica

## Poder Notarial Duradero

- ❑ He designado un Poder Notarial Duradero para la Toma de Decisiones Medica
- ❑ NO he designado un poder notarial Duradero para la Toma de Decisiones Medica

**Si usted tiene un testamento vital y/o un sustituto de atención médica asignado, con gusto haremos una copia de sus documentos y la colocaremos en su expediente.**

## CUESTIONARIO DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE

**1.** Enumere los miembros de la familia u otras personas, si las hay, a las que podemos informar sobre su estado médico general y su diagnóstico (incluyendo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención sanitaria):

Nombre: _____ Nombre:_____

Direccion: _____ Direccion: _____

Numero de Telefono: _____ Numero de Telefono: _____

Relacion: _____ Relacion: _____

**2.** Por favor, enumere los miembros de la familia u otras personas importantes, si las hay, a las que podemos informar sobre su condición médica

**SÓLO EN CASO DE EMERGENCIA:**

Nombre: _____ Numero de Telefono: _____

Nombre: _____ Numero de Telefono: _____

**3.** Por favor, indique que entiende que toda la correspondencia de nuestra oficina se enviará en un sobre cerrado con la leyenda **"CONFIDENCIAL":** ☐ Marque aquí para indicar que esta declaración fue leída.

**4.** ¿Se pueden dejar mensajes confidenciales (por ejemplo, recordatorios de citas) en el contestador automático o en el buzón de voz? ☐ SI ☐ NO

**5.** Por favor, escriba en letra de molde el número de teléfono en el que desea recibir las llamadas sobre sus citas:

_____

❑ Soy plenamente consciente de que un teléfono móvil no es una línea segura y privada.

**Firma del paciente/representante legal**: _____ **Fecha**: _____

PHYSICIAN CARE CENTERS

# EVALUACIÓ N DE HISTÓRIA MEDICA Y PERSÓNAL DEL PACIENTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre *(Último, primero, M.I.):* ☐ M ☐ F | | | FECHA DE NACIMIENTÓ: |
| Direcció n: | | | SOC. SEC #: |
| Ciudad: | Estado: | | Código postal: |
| Email: | | Teléfono: | |
| Empleadór: | Tele fónó del empleadór: | | |
| Pariente más cercano: | Relación: | Dirección: | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: | Teléfono :( ) Trabajo: |
| Fecha del último examen físico: | Médico de referencia o anterior: | | Teléfono: |

## HISTÓRIA DEL PACIENTE *(comprobar si tiene cualquier de los siguientes )*

| | | | |
|---|---|---|---|
| Equipós me dicós: ☐ Catéter ☐ oxígeno ☐ Caminadora ☐ Silla de ruedas ☐ nebulizador | | | Utilizas: Lentes___Ayuda escuchar___ |
| História sócial de: | ☐ Alcohol | ☐ Otros | |
| | ☐ Fumar | | |
| | ☐ Drogas | RELIGIÓN: | |
| Estadó civil: Casadó ☐ Viudó ☐ Divórciadó ☐ Separadó ☐ Vive sóló☐ | | | |
| Las vacunas y las fechas: | ☐ Tétanos | ☐ Neumonía | |
| | ☐ Hepa-titis | ☐ Varicela | |
| | ☐ Gripe | ☐ MMR *sarampión, paperas, rubéola* | |

| HISTORIA DE LA FAMILIA | VIVO | MUERTOS | EDAD | CAUSA DE LA MUERTE |
|---|---|---|---|---|
| MADRE | | | | |
| PADRE | | | | |
| HERMANO | | | | |
| HERMANA | | | | |

| MARCA SI HAZ SUFRIDO ALGUNA | Sí | No | Un Familiar | | Sí | No | Un Familiar | | Sí | No | Un Familiar |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Uso excesivo de alcohol | | | | Epilepsia | | | | Tratamiento de radiación | | | |
| Alergias | | | | Frecuente infecciones de la vejiga | | | | Fiebre reumática | | | |
| Anemia | | | | Enfermedad de la vesícula biliar | | | | D. enfermedades de trans-misión sexual | | | |
| Artritis | | | | Bocio | | | | Anemia de células falci-formes | | | |
| Asma | | | | Gota | | | | Úlceras de estómago | | | |
| Tendencia de la sangría | | | | Fiebre del heno | | | | Accidente cerebrovascular | | | |
| Cáncer | | | | Ataque al corazón | | | | Intento de suicidio | | | |
| Varicela | | | | Pólipos intestinales | | | | Tiroides | | | |
| Colitis | | | | Ictericia | | | | Tuberculosis | | | |
| Enfermedad cardíaca congénita | | | | Leucemia | | | | Tos ferina | | | |
| Depresión | | | | Contra el sarampión | | | | Otros | | | |
| Diabetes | | | | Migraña | | | | | | | |
| Diálisis | | | | Paperas | | | | | | | |
| Enfisema | | | | Ataque de nervios | | | | | | | |

PHYSICIAN CARE CENTERS

| ÓPERACIÓNES: *Describala y año aproximado.* | | |
|---|---|---|
| Año | Razón | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| HÓSPITALIZACIÓNES: *causas por las que ha sido ingresado especialmente en el último año.* | | |
|---|---|---|
| Año | Razón | |
| | | |
| | | |
| | | |

**Lesione graves:** *Diferentes a las anteriores.*

**Medicamentos**: (*marcar si toma cualquiera de los siguientes)*

| | | |
|---|---|---|
| Asma sibilancias medicamento ☐<br>Aspirin, Bufferin, Anacin, Tylenol u otros ☐<br>Píldoras de la presión arterial ☐<br>Cortisona, prednisona ☐<br>Medicina para la tos ☐<br>Digitálicos o medicamentos para el cora-zón ☐<br>Hormonas ☐ | Pastillas de insulina o diabetes ☐<br>Medicina de anemia ☐<br>Laxantes ☐<br>Motrin, Advil, ibuprofeno ☐<br>Pastillas para dormir, tranquilizante ☐<br>Medicina de tiroides ☐<br>Estómago/digest☐ | Pastillas reductoras de peso ☐<br>Diluyentes de la sangre o Coumadin ☐<br>Dilantin ☐<br>Diuréticos, píldoras ☐<br>Antibióticos ☐<br>Fenobarbital/barbitúricos ☐<br>Vitaminas ☐ |

Lista de sus medicamentós recetadós y ótrós, cómó las vitaminas y lós inhaladóres.

| Nombre de la droga | Presentacion | Frecuencia de toma |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Alergia a medicamentós?

| Nombre de la droga | Reacción que presenta |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

**POR FAVOR TRAIGA TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO A TODAS SUS VISITAS!**

Revisió n de lós sistemas. Nómbre del Paciente:_____

PHYSICIAN CARE CENTERS

| TODAS LAS PREGUNTAS CONTENIDAS EN ESTE CUESTIONARIO MANTENDRÁN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES. | | | |
|---|---|---|---|
| GENERAL | ¿Generalmente se siente agotado o muy cansado? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Ha estado tomando más agua o líquidos ultimamente? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Ha tenido alguna pérdida o ganancia inusual de peso recientemente? | ☐ Sí | ☐ No |
| CARDIO-VASCULAR | ¿Tienes dolor o presión en el frente o la parte posterior de su pecho? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Tienes alguna inflamación en los pies o los tobillos? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Le han dicho que su electrocardiograma era anormal? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Alguna vez siente los latidos de su corazón mas rápido o irregular? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Tiene calambres en los músculos de la pantorrilla al caminar? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Sus dedos de las manos o los pies, se le ponen fríos ó insensibles, muy blancos ó azulados? | ☐ Sí | ☐ No |
| SISTEMA NERVIOSO CENTRAL | ¿Tienes dolores de cabeza frecuentes ? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Tienes a menudo episodios de mareos, debilidad o flaqueza? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿A veces pierde la habilidad de hablar? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Haz tenido recientemente desmayos, mareos ó perdida el conocimiento? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Tienes problemas para recordar acontecimientos recientes? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Alguna vez haz tenido convulsiones o ataques? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Usted alguna vez ha querido suicidarse? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Alguna vez ha escuchardo voces ó ha visto gente cuando nadie está alrededor? | ☐ Sí | ☐ No |
| OCULAR | ¿Ha tenido algún dolor en tus ojos? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Ha tenido Glaucoma? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Ha tenido visión borrosa? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Ha tenido halo alrededor de las luces? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Ha tenido cambios en la visión? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Ha tenido cataratas o implantes? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Usa lentes? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Cuando fue la ultima vez que visito al oculista? | | |
| OTORRINO | ¿Tiene algun problema con tu audicion? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Tiene ruidos o zumbido en los oídos? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Tiene dolor de oído o secreción de los oídos? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Tiene hemorragias nasales frecuentes o graves? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Tiene ronquera persistente? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Tiene sangrado de encías? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Utiliza audifonos? | ☐ Sí | ☐ No |
| GASTRO-INTESTINAL | ¿ha tenido recientemente algún cambio en sus hábitos alimenticios? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Ha observado recientemente algun problema al tragar? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Tiene indigestión o ardor de estómago? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Ha vomitado alguna vez sangre? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Sufre de estreñimiento? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Tiene heces blandas o liquidas frecuentemente? | ☐ Sí | ☐ No |

PHYSICIAN CARE CENTERS

| | | | |
|---|---|---|---|
| PIEL | ¿Tiene algun cambio en el color de su piel? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Tiene alguna erupción o picazón? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Tiene algun crecimiento o protuberancias en la piel? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Tienes llagas o heridas que no cicatrizan? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Tiene algun cambio en el color o tamaño de verrugas o lunares? | ☐ Sí | ☐ No |
| GENITO-URINARIO | ¿Tienes ardor o dolor al orinar? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Necesitas ir al baño con frecuencia? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Tiene que levantarse por la noche? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Tienes problemas con la pérdida de orina cuando tose o estornuda? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Tienes algun problema de goteo de orina? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Ha tenido alguna vez sangre en la orina? | ☐ Sí | ☐ No |
| | **Hombres**: Ha tenido alguna operación para prevenir el embarazo? *(Vasectomía, esterilización Etc)* | ☐ Sí | ☐ No |
| | **Hombres**: ¿tiene problemas de próstata? | ☐ Sí | ☐ No |
| | **Hombres**: ¿Ha sufrido de Herpes? | ☐ Sí | ☐ No |
| **MUSCULO-ESQUELÉTICO** | ¿Sufre de dolor de espalda? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿El dolor de espalda interfiere con sus actividades? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Tiene dolor o rigidez en las articulaciones? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Tiene problemas para caminar o usar su cadera o rodilla? | ☐ Sí | ☐ No |
| **VÍAS RESPIRA-TORIAS** | ¿Tiene resfriados o neumonia frecuente ? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Tiene una tos constante o molesta? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Tiene tos con sangre? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Tienes dificultad para respirar? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Tiene sibilancias o silbidos en el pecho? | ☐ Sí | ☐ No |

## CUESTIONARIO PARA MUJERES

| | | |
|---|---|---|
| ¿Ha tenido algun embarazo? | ☐ Sí | ☐ No |
| Número de embarazos____número de nacidos vivos ____ | | |
| ¿Ha tenido algún tumor en las mamas? | ☐ Sí | ☐ No |
| ¿Ha tenido sangrado anormal de la vagina en el último año? | ☐ Sí | ☐ No |
| ¿Ha pasado la menopausia? | ☐ Sí | ☐ No |
| ¿Tienes algun prolapso (* caída hacia fuera *) de la vagina o el útero? | ☐ Sí | ☐ No |
| ¿Ha tenido una histerectomía? | ☐ Sí | ☐ No |
| ¿Tiene algun flujo vaginal? | ☐ Sí | ☐ No |
| ¿Has tenido herpes? | ☐ Sí | ☐ No |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **VIVIENDA** | ¿Usted conduce? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Vive solo? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Hogar propio o rentado? | ☐ Pro-pia | ☐ Alqui-ler |
| | ¿Actualmente tiene empleo? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Esta retirado? | ☐ Sí | ☐ No |
| | ¿Utiliza algun servicio comunitario ahora? (Comidas en las ruedas, Centros de atencion para mayors. | ☐ Sí | ☐ No |

# Autorización para divulgar información

Nombre: _____ DOB: _____ Número de teléfono: _____

Dirección:_____

**Autorizo que se divulguen copias de mis registros médicos como se indica a continuación:**

| LIBERAR REGISTROS DE: | ENVIAR REGISTROS A: **PCC MEDICAL HOLDINGS** |
|---|---|
| **Oficina del Doctor:** | PCC Location: |
| Dirección: | Dirección: |
| Ciudad: Estado: Código postal: | Ciudad: Estado: Código postal: |
| Número de teléfono: | Número de teléfono: |
| Fax: | Fax: |

**A.)** Autorizo la divulgación de información para:

_____ Atención médica *(médicos, etc.)* _____ Uso personal _____ Otros: *(Abogado, Insurance, Empleador, etc. )*

**B.)** Autorizo la divulgación de mi *(consulte la **sección C**, si corresponde)* _____ Registro médico completo

**-O-**

Los registros médicos para el tratamiento específico: _____ to _____

**C.)** Autorizo la liberación de las siguientes partes de mi expediente médico:
***(inicial** al lado de cada área que se incluirá en la liberación)*

_____ Salud mental _____ Abuso de sustancias _____ VIH/SIDA _____ Enfermedades transmisibles

Entiendo que esta autorización estará vigente durante 180 días a partir de la fecha de firma. Sin embargo, entiendo que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento dando aviso oral o escrito al consultorio médico. Una fotocopia de esta autorización constituirá una autorización válida. Entiendo que una vez que mis registros han sido publicados, el consultorio médico no puede recuperarlos y no tiene control sobre el uso de las copias ya liberadas.

Si mi caso requiere la revisión de una agencia gubernamental u otro profesional médico que participe activamente _in mi cuidado para tomar una determinación final, es con mi consentimiento que se enviará una copia de estos registros a la agencia o profesional médico para su revisión.

_____ _____
Paciente/representante Fecha

_____ _____
Relación con el paciente Testigo Fecha

AVISO: La información le ha sido revelada a partir de registros cuya confidencialidad ha sido protegida por la ley federal y estatal. Se le prohíbe hacer más divulgaciones de dicha información sin el consentimiento específico de la persona a la que pertenece dicha información o según lo permita la ley estatal. Una autorización general NO es suficiente para este propósito.

# Hoja demográfica de facturación

Ubicación: _____ Medico/Medica: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social #: _____

Dirección de la calle de la casa: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Email: _____

Teléfono de la casa: _____ Cell Teléfono: _____

Estado civil: ____ Soltero ____ Casado ____ Viuda ____ Divorciada

Teléfono de Empleador: _____ Empleador _____

## Contacto de emergencia - *(No vivir con usted)*

Nombre: _____ Telefono: _____

Relación: _____

---

## Información de seguros

Seguro Primario: _____ _____

Dirección postal:_____

Número de identificación: _____

Nombre de los suscriptores: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Empleador: _____

Seguro Secundario: _____ _____

Dirección postal: _____

Número de identificación: _____ _____

Firma del Paciente o Responsable del Pago: _____

Imprimir Nombre del Paciente o Parte Responsable del Pago: _____

Uso de office:

***ADJUNTE UNA COPIA DEL ANVERSO Y REVERSO DE TODAS LAS TARJETAS*** DE SEGURO ***E IDENTIFICACIÓN***