UNIVERSITY MEDICAL PRACTICE ASSOCIATES — MANHATTAN MANAGEMENT SERVICES, INC.

Fecha de Cita Mes Día Año DR. (Para esta cita) Nombre Apellido

Favor de escribir legiblemente

APELLIDO

NOMBRE

Teléfono (Casa) - - Teléfono (Trabajo) - -

Celular - - FAX - -

Correo Electrónico:

Información Sobre el Paciente

Dirección APTO # CIUDAD

Estado ZIP Estatus Matrimonial: SOLTERO CASADO SEPARADO DIVORCIADO VIUDO/A EMPAREJADO

FECHA De Nacimiento Mes Día Año Edad Sexo M F No. de Seguro Social

Profesión Empleador Nombre Apellido

Dirección de Trabajo Médico que lo Refiere

Contacto de Emergéncia No. de Teléfono de Emergéncia - -
(NO PUEDE SER EL MISMO NO. DEL PACIENTE)

¿Tenemos permiso de dejarle mensajes en correo de voz o máquina contestadora? (Escoja uno) Si No

¿NECESITA UN INTERPRETE? (Escoja uno) Sí No Si necesita interprete, ¿en qué lengua?

FIRMA DEL PACIENTE FECHA Mes Día Año

Al firmar esta forma de consentimiento, autorizo a UMPA/MMS y sus empleados médicos a usar y divulgar información de mi salud personal, como sea necesario, para razones de obtener tratamiento médico, facilitar págo de Medicare y/o cualquier pagador de tratamiento médico, y para asuntos de negocio normales.

COBERTURA DE SEGURO (MÉDICO - NO DE HOSPITALIZACIÓN)

Vea la parte delantera de su tarjeta de seguro

SEGURO PRIMARIO EMPLEADOR

De Miembro # de Grupo

Mes Día Año

Dueño de Seguro Fecha de Nacimiento del Dueño

Relación al Paciente

Vea la parte trasera de su tarjeta de seguro

de Teléfono para Verificar Beneficios - - Dirección Para Reclamos

Vea la parte delantera de su tarjeta de seguro

SEGURO SECUNDARIO EMPLEADOR

De Miembro # de Grupo

Mes Día Año

Dueño de Seguro Fecha de Nacimiento del Dueño

Relación al Paciente

Vea la parte trasera de su tarjeta de seguro

de Teléfono para Verificar Beneficios - - Dirección Para Reclamos