

(505) 542-8384/FAX (505) 542-8387

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ Número de Seguro Social _____
Fecha de Nacimiento _____ Sexo: M F Número de Teléfono _____ Mensaje _____
Domicilio para Correo _____
Domicilio de Calle _____ Ciudad _____
Estado _____ Código Postal _____

Raza/Etnicidad Hispano Latino Blanco Indio Americano Primer Lenguaje Íngles
Negro/Africano Americano Asiático Español

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Separado(a) Otro(a)

Empleado del paciente: _____

INFORMACIÓN DEL PARTIDO RESPONSABLE

Persona responsable de ésta cuenta: _____

Relación al paciente: _____ Número de Seguro Social _____

Fecha de Nacimiento _____ Empleado por _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Separado(a) Otro(a)

INFORMACIÓN DE LA FACTURA DE SEGURO

Compañía de Seguro: _____ Asegurado(a): _____

No. del Grupo _____ Seguro Secundario: _____

No. de MEDICAID/MEDICARE _____

Apunte todos los miembros de la familia cubiertos bajo ésta Compañía de Seguro

Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

En caso de emergencia, notifique a: _____ Número de Teléfono _____

Relación al paciente: _____ Ciudad _____

Domicilio _____

Estado _____ Código Postal _____

Yo, el infrascrito, asigno directamente a HIDALGO MEDICAL SERVICES, todas las ventajas médicas, si las hay, si no pagadero a mi para los servicios rendidos. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos pagados o no por el seguro. Doy a los proveedores médicos el permiso de darme tratamiento y doy autorización a los proveedores médicos proporcionar toda información necesaria para asegurar pagos de beneficio de la compañía de seguros. Autorizo el uso de esta firma en todas mis sumisiones de seguro sean manuales o electrónicas.

Firma de Asegurado o Guardian (si el paciente es menor de edad)

Fecha