# Family Health Center of Mission

**Por Favor llene todos los espacios — la Recepcionista necesita copias de su lisencia de manejar & tarjetas de seguro**

**Informacion de Paciente**

Patiente's Nombre Legal : _____ _____ _____ _____/_____/_____
Primer Nombre Inicial Apellido Fecha de Nacimiento M/D/A

Direccion: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Numero de Telephono: (_____) _____ CASA (_____) _____ CELULAR (_____) _____ TRABAJO

Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Numero de Licencia: _____

Estado Civil (o marque una): Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Sexo (circule una): Masculino Feminino

Raza (circule una): Hispanic White Black Am Indian Asian Other: _____

Nombre de Esposo(a): _____ Nombre Legal Padre o Guardian (si paciente es menor):_____

Otra Direccion: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL TELEPHONO

**Información de otra persona o familiar que no vive con usted**

Nombre: _____ Direccion: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Telephono: (_____) _____ Relacion con el paciente:_____

**Nombre de person responsable del pago**

Nombre: _____ Relacion con el paciente: _____ Fecha de Nacimiento M/D/A _____

Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Numero de Licencia: _____ Estado: _____

Employer: _____ Direccion: _____

Telephono: (_____) _____ CASA (_____) _____ TRABAJO (_____) _____ CELLULAR

**Pago es requerido al tiempo de servicio a menos que se hacer arreglos previos**
**Yo pagare la visitia con lo siguiente (circule una o mas): Dinero Cheque MasterCard Visa**

**Informacion de Sequro (por favor indique si aplica) ____ No Tengo Seguro**

____ ***seguro Primario*** MEDICARE #: _____ MEDICAID #: _____

Si tiene seguro de salud privado, por favor llene(?) lo siguiente:

Nombre de seguro: _____ Nombre de Asegurado: _____DOB:_____

Numero de Poliza: _____ Numero de la Grupo: _____ Nombre de Plan:_____

____ ***seguro Secundario*** MEDICARE #: _____ MEDICAID #: _____

Si tiene seguro de salud privado, por favor llene(?) lo siguiente:

Nombre de seguro: _____ Nombre de Asegurado: _____ DOB:_____

Numero de Poliza: _____ Numero de la Grupo: _____ Nombre de Plan:_____

Autorizo al Doctor que le de al doctor que me refirio, a la(s) compania(s) de seguros, abogado(s), o representante legal, toda informacion que estos requieran a lo que se refiere a mi condicion actual o enfermedad. Doy mi autorización para usar y revelar mi información de salud protegida para propositos de tratamiento, pago, y procedimientos medicos.Yo comprendo que soy completamente responsable por todos los cargos de los servicios que he recibido y acepto toda responsabilidad por el pago de estos servicios en caso de que sean negados o excluidos por mi(s) compania(s) de seguros. Tambien comprendo que la cuenta sera referida a otra compania, la cual se encargara de colectar la deuda en caso de no pagar a tiempo. Por este medio asigno a Doctor todo el dinero que me pertenece por los servicios provistos, y pagare prontamente a Doctor el dinero que mi(s) compania (s) de seguros me paque a mi que le pertenecen a Doctor.
Copia fotostatica de esta forma sera considerada tan valida como el original.

**Firma del Paciente (o Representate legal)** _____ **Fecha** _____

**Para uso de Oficina**: updated: Jan 2013

_____ Empleado _____ Informacion completa _____ Copia de licencia para manejar _____ Copia de tarjetas de seguro _____ Firma del Paciente