

**HOJA DE INFORMACION SOBRE EL PACIENTE
PADILLA FAMILY & COSMETIC MEDICINE**

Apellido:		Primer Nombre:		Segundo Nombre:	
Direccion:			Ciudad:		
Estado:	Codigo Postal:	Telefono:	# Celular:	Fecha de Nacimiento:	Sexo:(M o F)
# De Seguro Social:	Correo Electronico:		Estado Civil: (C S D V)		
Direccion De Empleo:			Telefono De Empleo:		
# Licencia De Manejar:					
Medico Previo:					
Quien Lo Refirio:			Como Quiere Ser Localizado:		

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre:	
Relacion Al Paciente:	Numero De Tel:

INFORMACION DE ASEGURANZA PRIMARIA

Nombre De Aseguranza:	Numero De Telefono:
-----------------------	---------------------

(FAVOR DE PROVEER TARJETAS DE ASEGURANZA MEDICA A LA RECEPCIONISTA)

INFORMACION DE ASEGURANZA SECUNDARIA

Nombre De Aseguranza:	Numero De Telefono:
-----------------------	---------------------

Al firmar la presente doy autorizacion a la(s) compania(s) de aseguranza mencionadas el pagar todos los cargos de servicios medicos que me sean rendidos. Comprendo que sere responsable de todos los cargos que no sean cubiertos por mi compania de aseguranza. Autorizo se envie informacion medica necesaria a la aseguranza mencionada. En adicion mi firma da consentimiento a los procedimientos necesarios, incluyendo servicios y tratamientos de emergencia. Lo que incluye pero no limita a procedimientos de laboratorio, rayos-x, tratamientos, procedimientos medicos, quirurgicos, anestesia o servicios rendidos al paciente dentro de instrucciones especificas y generales del medico o su designado.

Firma Del Paciente:

Fecha: