

Armando J. Jarquin, MD, PA INFORMACION DEL PACIENTE

INFORMACION DEL PACIENTE	Nombre: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Apellido Primer Nombre Inicial Segundo Nombre </div>
	Direccion: _____ <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">Calle _____</div>
	Ciudad Estado Codigo Postal
	Telefono: C: _____ T: _____ Cell: _____
	Fecha de Nacimiento _____ No. Seguro Social: _____
	No. de Licencia: _____
	Estado Civil: S C D V Sexo: M F Raza: _____ Edad: _____
Nombre del Empleador: _____ Ocupacion: _____	
Referido por? _____	
	Si el paciente es menor de 18 años, con quien vive?: Nombre: _____ Relacion con el Paciente: <input type="checkbox"/> Misma <input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Otros No. Seguro Social #: _____ Telefono: _____ Direccion: _____
EMERGENCIA	Contacto de Emergencia: _____ Relacion: _____ Telefono de Casa: _____ Telefono de su Empleo: _____
INFORMACION DE SEGURO	SEGURO PRIMARIO Compañia: _____ Telefono: _____ Tipo de Plan: _____ Nombre del Empleador: _____ A Nombre de: _____ No. Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relacion con el paciente: _____ No. de Licencia: _____ # Poliza (# Medicare): _____ # Grupo: _____ SEGURO SECUNDARIO Compañia: _____ Telefono: _____ Tipo de Plan: _____ Nombre del Empleador: _____ A Nombre de: _____ No. Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relacion con el paciente: _____ No. de Licencia: _____ # Poliza (# Medicare): _____ # Grupo: _____

Yo autorizo a Armando J. Jarquin, MD, PA a dar cualquier información de mi tratamiento a mi compañía de seguro, tercera persona ó empleador, requerida por los reclamos de seguros para facilitar reembolso, plan de administracion de la salud, control de la salud y quejas/disgustos. Yo entiendo que la información especifica puede incluir historia, diagnosticos y/o tratamiento de drogas, enfermedades de la mente o enfermedades contagiosas incluyendo HIV y SIDA. Yo autorizo pago a Armando J. Jarquin, MD, PA por cualquier servicio medico o de cirugia que sea administrado. Yo entiendo que si algunos servicios no son cubiertos por mi seguro, o Armando J. Jarquin, MD, PA no puede verificar elegibilidad, que yo soy responsable por todos los cargos por servicios proveídos. Esta nota va a estar en efecto a menos que sea revocada por escrito. Yo entiendo que se cobrara \$25 por cada cita que no asistió o que no fue cancelada con 24 horas de anticipación.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____