

SAN JUAN HEALTHCARE

689 Airport Center, Suite B Friday Harbor, WA 98250 (360) 378-1338

Información del paciente: Por favor escriba con letras de molde y use nombre completo.

Apellido:		
Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Dirección actual de la residencia y postal:		
Ciudad:	Estado:	ZIP:
Teléfono de la residencia:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:
Correo electrónico:		
Fecha de nacimiento :	Sexo: M—F	# De Seguro Social
Estado civil: S—C—D—V—N/A		
Nombre del cónyuge:		
Nombres de los padres o encargados:		
Número de teléfono:		
En caso de emergencia llamar a:	Teléfono:	Parentesco:
Dónde trabaja?:	Dirección:	Teléfono:
PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA:		
Apellido:		
Primer nombre:	Inicial del Segundo nombre:	
Parentesco del responsable de la cuenta, con el paciente:		
Dirección actual:		
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Celular:
Dónde trabaja?:	Dirección:	Teléfono:
ASEGURADO/A (PERSONA QUE TIENE SEGURO DE SALUD QUE CUBRE AL PACIENTE):		
Apellido:		
Primer nombre:	Inicial del Segundo nombre:	
Parentesco del paciente con el asegurado:		
Fecha de nacimiento:	Sexo: M—F	Número de Seguro Social:
Dónde trabaja?:	Dirección:	Teléfono:
POR FAVOR PRESENTE LA TARJETA DEL SEGURO DE SALUD A LA RECEPCIONISTA. GRACIAS.		
Autorizo que se le paguen los beneficios de mi seguro a mi doctor directamente y autorizo que den información para que se procese el reclamo del seguro. También he leído las reglas de pago. Estoy de acuerdo de que se me cobre (el balance) lo que quede del balance.		
Firma:		Fecha:
Parentesco con el paciente:		Fecha: