

PEDRO M. ARGUELLO, M.D., F.A.C.P.
INFORMACION DE PACIENTE

Nombre de Paciente : _____ Fecha: ____ / ____ / ____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Direccion de Hogar _____ Ciudad _____, Texas Código Postal _____

SS# _____ Hombre Mujer Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Edad _____

Casa (____) _____ Cell (____) _____

Estado Civil: Menor de Edad Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

Correo Electronico: _____

Empleador del paciente: _____ Trabajo(____) _____

Direccion de Trabajo _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Nombre de Pareja: _____ Numero de Celular (____) _____

Nombre de Farmacia _____ Numero: _____

Persona de contactar de emergencia que no sea su pareja: _____

Nombre de Doctor Primaria o Doctor de Referencia: _____

Primario del Seguro Medico

Si ay otra persona que es el primario del seguro medico, por favor pon la information:

Nombre del asegurado _____ Relación con el paciente _____

SS # _____ ﺗﻘﻑ Hombre ﺗﻘﻑ Mujer Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Direccion de Hogar _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Seguro Primario _____ ID# _____ Group # _____

Seguro Secundaria _____ ID # _____ Group # _____

Yo le doy permiso a Pedro M. Arguello, M.D. para que discuta mi tratamiento, opciones de tratamiento o información financiera con la siguiente persona (s): _____

FIRMA DEL ASEGURADO O DE LA PERSONA AUTORIZADA: Entiendo y acepto que, independientemente del estado de mi seguro, soy el responsable último del saldo de mi cuenta por cualquier servicio profesional prestado. (ACEPTO SER RESPONSABLE DEL PAGO DE LOS SERVICIOS) Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo que sea necesaria para mi compañía de seguros para el pago de los beneficios médicos al médico firmante Pedro M. Arguello, M.D.

Soy responsable de notificar a la oficina de Pedro M. Arguello, M.D., si hay algún cambio en mi información o cobertura. Recibí y firmé una copia de "La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPPA)

Firma de Paciente or Guardian(a)

____ / ____ / ____
Fecha de Hoy