

NUEVA INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE		PRIMER NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	M/F	EDAD
DIRECCION		CUIDAD Y ESTADO	ZONA POSTAL	TELEFONO	
NOMBRE DEL EMPLEADOR		DIRECCION	TELEFONO DEL TRABAJO		
OCUPACION	NO. DE SEGURO SOCIAL		NO. DE LICENCIA DE MANEJAR		
NOMBER DE ESPOSO/A	ESPOSO/ESPOSAS EMPLEADOR		DIRECCION		
<input type="checkbox"/> CASADO/A	<input type="checkbox"/> SOLTERO/A	NOMBRE DE UN FAMILIAR QUE NO VIVA CON UDS.			TELEFONO
<input type="checkbox"/> VIUDO/A	<input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A				

RECOMENDADO/A POR: _____

DEMOGRAFIA		TABAQUISMO	
Opciones de Raza <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiian Nativo <input type="checkbox"/> Tipo-Desconocido <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro	Opciones de Ednecidad <input type="checkbox"/> Origen Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Tipo-Desconocido	Opciones de Lenguaje <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Frances <input type="checkbox"/> Judio <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Japones <input type="checkbox"/> Koreano <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Fumado todo los dias <input type="checkbox"/> Fuma Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Fuma, estato desconocido <input type="checkbox"/> Nunca a fumado <input type="checkbox"/> Ex-Fumador <input type="checkbox"/> No save si alguna vez fumo

INFORMACION DE LA ASEGURANZA

ASEGURANZA PRINCIPAL	DIRECCION	NOMBRE EN LA POLIZA	
NO. DE CERTIFICADO	NO. DE GRUPO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO	
NO. DE ASEGURANZA SECUNDARIA	DIRECCION	NOMBRE EN LA POLIZA	
NO. DE CERTIFICADO	NO. DE GRUPO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO	

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Consiento al uso del acceso de mi información de la salud con el fin del tratamiento, del pago, y de operaciones del cuidado médico , incluyendo cualquier seguro cualquier compañía de seguros, ajustador, o abogado implicado en este caso. **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** Mando y ordeno por este medio a mi compañía de seguros pagar con cheque y enviado a Carson, McBeath & Boswell, Inc. y sus médicos afiliados.

Autorizo al doctor a iniciar una queja a la comisión del seguro por cualquier razón en mi favor.

Una fotocopia de este documento del consentimiento será considerada tan eficaz y válida como la original

Fecha: _____ Firma del paciente: _____

Testigo: _____

Firma del Asegurado: _____