



Nuevo Paciente

(Por favor, proporcione su identificación con foto y tarjetas de Seguro)

Información de Paciente:

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___ Sexo: ___ No. de Seguro Social: ___ - ___ - ___ Idioma: _____

Teléfono Celular: (____) ____ - ____ Teléfono de Casa: (____) ____ - ____ Correo Electrónico: _____

Nombre del Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Numero Teléfono :(____) ____ - ____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Situación laboral: ___ Actualmente Trabajando ___ Desempleado(a) ___ Jubilado(a) ___ Deshabilitado
Temporalmente ___ Incapacitado legalmente

Médico Primaria: _____ Numero Teléfono: (____) ____ - ____ Referido de: _____

Descripción del accidente/Herida: _____

Parte(s) del cuerpo lesionada(s): _____

Información Primaria del Seguro:

Nombre de la Compañía de Seguro: _____ # Teléfono de la Compañía de Seguro: (____) ____ - ____

Nombre del titular de la póliza: _____ # Identificación del seguro: _____ # De Grupo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información de Seguro Secundario:

Nombre de la Compañía de Seguro: _____ # Teléfono de la Compañía de Seguro:(____) ____ - ____

Nombre del titular de la póliza: _____ # Identificación del seguro: _____ # De Grupo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Autorización de divulgación de información

Autorizo a Community Medical Wellness P.C. a obtener / divulgar todos los registros médicos para el tratamiento prestado relacionado con mi lesión relacionada con un accidente automovilístico. Autorizo el pago de beneficios médicos a Community Medical Wellness P.C.

Nombre

Firma

Fecha