

INFORMACIÓN DEL NUEVO PACIENTE

Por favor escriba claro

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		FECHA:
¿Razón de su visita hoy?		
Nombre del paciente:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Zona Postal:
Teléfono en casa: ()	Teléfono Oficina: ()	
Fecha de Nacimiento: / /	Edad:	Hombre o mujer (marque uno)
SS#	Estado Civil: Soltero/Casado/Viudo/Divorciado/Separado	
Empleador:	Ocupación	Tiempo completo/medio tiempo
Número de licencia de conductor:	Estado:	
Nombre de parte responsable:	Domicilio:	
Ciudad:	Estado:	Zona postal: Casa () Oficina ()
¿Cómo fue referido al Dr. Lee? (Por favor marque con un círculo) Páginas Amarillas, Directorio Telefónico, Un amigo, Plan de Salud, Empleador, Otro		

SEGURO MÉDICO PRIMARIO

Compañía de seguro médico primario:	# ID del Subscriptor:
Prefijo (ZGA)	Grupo:
Nombre del Asegurado:	Fecha de nacimiento:
Dirección del Asegurado:	Empleador del Asegurado:
Relación del Paciente con el asegurado:	

SEGURO MÉDICO SECUNDARIO

Compañía de seguro secundario:	#ID del Subscriptor:
Prefijo (ZGA):	Grupo:
Nombre del Asegurado:	Fecha de Nacimiento:
Dirección del Asegurado:	Empleador del Asegurado:
Relación del paciente con el asegurado:	

Accidente: Sí o No`	Fecha de la lesión:
Tipo: Trabajo Automóvil Otro:	
Detalles del accidente:	

EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR A: (NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO)
