

## Hoja de la Información del Paciente (Patient Information Sheet)

**Nombre del Paciente (Primero, Medio, Apellido):**

Patient's Name (First, Middle, Last)

**Domicilio:**

Address

**Dirección de Correo Electrónico:**

Email

**Ciudad:**

City

**Estado:**

State

**Código Postal:**

Zip Code

**# de Contacto Principal**

Main Contact #

**# de Alternativo**

Alternate #

**# de Trabajo**

Work #

**Fecha de Nacimiento** / /

Date of Birth

**Sexo:** Varón  Hembra 

Sex

Male

Female

**# de Seguro Social**

SS# (optional)

**Estado Civil:** Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Viudo/a 

Marital Status

Single

Married

Divorced

Widowed

**Nombre de Cónyuge:**

Spouse's Name

**Fecha de Nacimiento de Cónyuge:** / /

Spouse's Date of Birth

**# Celular**

Cell #

**# de Trabajo**

Work #

**Doctor de Envío:**

Referring Physician

**# de Teléfono**

Phone #

**Médico Primario del Cuidado**

Primary Care Physician

**# de Teléfono**

Phone #

### Persona de Notificación en Caso de Emergencia (Person to Notify in Case of Emergency)

**Nombre:**

Name

**Relación:**

Relationship

**# de Casa**

Home #

**# de Celular**

Cell #

**# de Trabajo**

Work #

### Información de Seguro (Insurance Information)

**Compañía de Seguros Primaria:**

Primary Insurance

**# de Póliza/ # de Identificación**

Policy/ID #

**Nombre del Sostenedor de Póliza:**

Name of Policy Holder

**Fecha de Nacimiento:** / / **# de Grupo**

Fecha de Nacimiento

**Empleador:**

Employer

**Dirección del Empleador:**

Employer Address

**Ciudad:**

City

**Estado:**

State

**Código Postal:**

Zip Code

**# de Trabajo**

Work #

**Compañía de Seguros Secundaria:**

Secondary Insurance

**# de Póliza/ # de Identificación**

Policy/ID #

**Nombre del Sostenedor de Póliza:**

Name of Policy Holder

**Fecha de Nacimiento:** / / **# de Grupo**

Fecha de Nacimiento

**Empleador:**

Employer

**Dirección del Empleador:**

Employer Address

**Ciudad:**

City

**Estado:**

State

**Código Postal:**

Zip Code

**# de Trabajo**

Work #

### Llenar- Si el Paciente es Menor de Edad (Complete – Only if Patient is a Minor)

**Nombre del Padre/ Guardián:**

Father's/Guardian Name

**Relación:**

Relationship

**Empleador:**

Employer

**# de Trabajo**

Work #

**Nombre de la Madre/ Guardián:**

Mother's/Guardian Name

**Relación:**

Relationship

**Empleador:**

Employer

**# de Trabajo**

Work #

### Asignación para Pagar los Beneficios del Seguro (Assignment to Pay Insurance Benefits)

Asigno por este medio todo medico y o ventajas quirurgicas, a cual me dan derecho, incluyendo el Seguro de Medicare, seguro privado y cualquier otros planes de la salud a los Asociados de Urología del Norte de Tejas. Esta asignación esta para los servicios rendidos a mí por los Asociados de Urología del Norte de Tejas. Esta asignación estará en efecto hasta revocado por mí en escritura. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada tan válida como una original. Entiendo que soy financieramente responsable de todas las cargas si/o no pagado por el seguro. Autorizo por este medio a cesionario dicho a lanzar toda la información necesaria para asegurar este pago. Comprendo que fracaso de notificar a UANT de cualquier cambio o la cobertura de seguro tendrá como resultado la obligación financiera será completamente en yo mismo a pesar de cualquier contrato entre la compañía de seguros y UANT.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Paciente/Guardián

Rev. 7/10