

INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

Numero: (512) 807-3150
Al numero gratuito: (888) 816-1614
Fax: 512-807-3399
www.tcaheart.com



Fecha: _____
Email: _____
Nombre: _____
Direccion: _____
Ciudad: _____
Estado: _____ Codigo Postal: _____
Alternativo/PO Box: _____
Ciudad: _____
Estado: _____ Codigo Postal : _____
Numero de Seguro Social : _____
Fecha de Nacimiento : _____
Sexo: Masculino Hembra
Numero Hogar: _____
Numero Trabajo: _____ Celular: _____
Médico de Referencia
Nombre: _____
Direccion: _____
Numero: _____

Estado Civil

Soltero Divorciado
 Casado Viudo

¿Cómo se enteró acerca de nuestra práctica

Medico de referencia Revista
 Television Radio Otro

Estado del Empleado

Empleado Empleador _____
 Desempleados Ocupación _____
 Retirado

¿Le gustaría una copia de los informes enviados a su médico de

Atención Primaria? Si No

Médico de Atención Primaria

El Nombre del Médico: _____
Direccion: _____
Numero: _____

Información de la persona que garantiza:

Nombre: _____ Relacion con el paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Información sobre su seguro:

Seguro Principal o primario: _____ Seguro secundario: _____
Póliza/ Identificacion de Miembro: _____ Póliza/ Identificacion de Miembro: _____
Numero de Grupo: _____ Numero de Grupo: _____

En Caso de Emergencia: (Por favor contactar)

Nombre: _____ Hogar: _____
Relación con el paciente: _____ Trabajo: _____

La persona designada asigna a St. David's Heart & Vascular dba Texas Cardiac Arrhythmia todos los derechos, títulos e interés en cualquier pago a el paciente y/o servicios médicos, servicios, o equipo descritos en cualquier póliza de seguro medico o información dada por St. David's Heart & Vascular dba Texas Cardiac Arrhythmia. El paciente entiende que este acuerdo no elimina o afecta en cualquier forma la obligación de el paciente para pagar St. David's Heart & Vascular dba Texas Cardiac Arrhythmia por los servicios y equipo, incluyendo, pero no limitado a copagos o deducibles requeridos por su póliza de seguro o plan medico.

Firma del Paciente/Fecha

Liberacion de Informacion Medica

El paciente autoriza la información sobre cualquier reporte medico, inclusive los resultados de estudios y otra información pertinente adquirida durante su tratamiento a el medico tratante cuando sea necesaria. Acepto que una fotocopia de esta autorización sea considerada efectiva y valida.

Firma del Asegurado y Fecha

Firma de Testigo y la Fecha