

**JORGE A. SARAVIA, MD*2829 BABCOCK RD, STE. 436
SAN ANTONIO, TX 78229*(210)614-3557**

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

FECHA: _____

NOMBRE: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ NOMBRE AL QUE RESPONDE _____

Masculino _____ Femenino _____ Soltero _____ Casado(a) _____ Divorciado(a) _____ Viudo (a) _____ Separado(a) _____

Dirección Casa _____ Ciudad, Estado, Area _____

Teléfono Casa _____ Teléfono Trabajo _____

Teléfono Celular _____ Licencia # _____ Estado _____

Empleo _____ Teléfono Trabajo: _____

Médico Familiar _____ Teléfono _____

Medico que lo refirió _____ Teléfono _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES (SI EL PACIENTE ES MENOR)

Nombre del padre _____ Madre _____

Número de Seguro Social _____ Número de Seguro Social _____

Fecha de nacimiento _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Dirección _____

Ciudad, Estado, Area _____ Ciudad, Estado, Area _____

Teléfono Casa _____ Teléfono Casa _____

Empleo _____ Empleo _____

Teléfono trabajo _____ Teléfono trabajo _____

Licencia # _____ Estado _____ Licencia # _____ Estado _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Si hay una emergencia y no me encuentran en el teléfono de arriba, doy permiso de contactar a (por favor de la información de alguien que no vive en su casa):

NOMBRE	TELÉFONO	RELACIÓN
--------	----------	----------

(CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA)

SEGURO PRINCIPAL

Nombre del asegurado _____

RELACIÓN _____

Fecha de nacimiento _____

Seguro Social # _____

Trabajo del asegurado _____

¿Desempleado? No _____

Sí _____ Fecha de desempleo _____

Nombre del seguro _____

Número de grupo _____

Identificación del seguro o número de póliza _____

Nombre del asegurado _____

Relación _____

Fecha de nacimiento del asegurado _____

Número de Seguro Social _____

SEGURO SECUNDARIO

Nombre del asegurado _____

Relación _____

Fecha de nacimiento _____

Seguro Social # _____

Trabajo del asegurado _____

¿Desempleado? No _____

Sí _____ Fecha de desempleo _____

Nombre del seguro _____

Número de grupo _____

Identificación del seguro o número de póliza _____

Nombre del asegurado _____

Relación _____

Fecha de nacimiento del asegurado _____

Número de Seguro Social _____

AUTORIZACIÓN DEL PAGO

Autorizo y solicito que mi compañía de seguro pague directamente al Dr. Jorge A. Saravia, los servicios medicos recibidos por mí o mis dependientes. (I authorize and request my insurance company to pay directly to Dr. Jorge A. Saravia, MD all payments for medical services rendered to myself or my dependents)

Entiendo que mi seguro puede pagar menos de lo que se cobra y estoy de acuerdo que seré responsable del pago de todos los servicios recibidos por mí o mis dependientes. (I understand that my insurance carrier may pay less than the actual bill for services. I agree to be responsible for payment(s) of all services rendered on my behalf of myself of my dependents).

FIRMA DEL ASEGURADO

FECHA

AUTORIZACIÓN

Autorizo al Dr Jorge A. Saravia, a que de información a mi seguro(s) sobre el diagnóstico y tratamientos míos o de mis dependientes..

FIRMA DEL ASEGURADO

FECHA

ACKNOWLEDGEMENT REVIEW OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Revisé la declaración de privacidad de esta oficina, la cual explica como se usará mi información médica y como se propagará. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta información..

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE

DATE

DESCRIPCIÓN DE LA AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE PERSONAL.