Dr. José Raúl Montes
ojos • plástica • reconstrucción

Torre Médica Auxilio Mutuo Ofic. 813
735 Ave. Ponce De León
San Juan, PR 00917-081
Tel. (787) 777-0003 / (787) 777-0004

INFORMACION DEL PACIENTE NUEVO

Por favor complete esta forma y devuélvala a recepción para preparar su record médico.

1. Nombre del paciente: _____
   Nombre apellido paterno apellido materno
2. Fecha de Nac:_____/_____/_____ Edad _____ Sexo: ☐ F ☐ M #Seguro Social _____-_____-_____
   mes dia año
3. Dirección Postal: _____ Dirección Residencial:_____
   _____ _____
   _____ _____
   Cuidad Estado Zip Code Cuidad Estado Zip Code
4. Tel (día): _____ Tel(noche):_____ Celular:_____
5. Estado civil del paciente: ( ) soltero ( ) casado ( ) divorciado ( ) viudo ( ) separado
6. Ocupación del paciente _____ E-Mail: _____
7. Lugar de trabajo_____ Teléfono del trabajo_____
8. **Plan Médico primario**:_____ Contrato_____
9. **Plan Médico Secundario**:_____ Contrato_____
10. ¿Quién es la persona responsable por el pago de cobros?
    a. Nombre de la persona a quien dirigir la factura: ☐paciente ☐asegurado principal ☐otro_____
    b. Dirección: ☐ postal ☐ residencial ☐otra: _____
11. Para notificar en caso de emergencia
    a. Nombre del familiar más cercano que no viva con el paciente_____
    b. Relación con el paciente_____ Tel _____ _____

POR FAVOR RECUERDE QUE ES RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE, O DEL TUTOR LEGAL DEL PACIENTE, EL PAGO DE DEDUCIBLE, CO-PAGOS, O CUALQUIER OTRO BALANCE NO CUBIERTO POR SU PLAN MÉDICO. LE AGRADECEMOS QUE ESTOS CARGOS SEAN PAGADOS DURANTE LA VISITA MÉDICA.

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE PAGOS:

1. Por este medio autorizo a mis compañías de seguro médico a efectuar pagos de beneficios autorizados por mi seguro médico, por servicios y/o procedimientos prestados a mí persona. Autorizo a mi médico, o a quien éste designe, a suministrar a mis compañías de seguro médico y sus agentes toda la información médica que estos requieran para determinar estos beneficios o la asignación de estos beneficios por servicios médicos prestados.
2. Comprendo que soy responsable de los cargos por los servicios médicos que se me ofrezcan, o que se ofrezcan a _____, esté o no cubiertos por el seguro médico.

FIRMA DEL PACIENTE (TUTOR LEGAL SI ES MENOR DE EDAD) _____FECHA_____

REV. 6-19-07