STM PRIMARY CARE CLINIC

INFORMACION DEL PACIENTE

Chart/EMR#:_____Date:_____

NOMBRE _____

Apellido Primer Nombre Inicial

DOMICILIO _____

Numero Calle Ciudad Zip

Numero Social _____ Numero de Licencia de conducir:_____

Fecha de Nacimiento:_____ Raza:_____

Soltero ___ Casado ____ Femenino ____ Masculino ____ Telefono: _____

Empleador: _____Telefono de trabajo: _____

GARANTE, ESPOSO (A) O PADRES:_____

Numero Social _____ Fecha de nacimiento_____

Expediente ____ si / ____ no. Raza del esposo (a) o padre _____

Domicilio:_____

Numero Calle Ciudad Zip

Empleador: _____Telefono de trabajo _____

Domicilio _____

nombre de seguro:_____numero de poliza: _____

Asegurado (principal)_____

Medicare # _____ Medicaid # _____

Email:_____

STM Primary Care Clinic 901 E Esperanza Ave. McAllen, Tx 78501

CESION DE BENEFICIOS Y DIVULGACION DE LA INFORMACION DE LARGO PLAZO

NOMBRE: _____ No. su Cuenta: _____

Yo solicito que los pagos del SISTEMA DE SEGUROS MEDICOS en relacion a cualquier cargo que los medicos de este centro me hallan hecho durante este periodo _____ a _____, sean dirigidos directamente a Kallumadanda PLLC, (STM Primary Care Clinic).

Esto aprovara la divulgacion de la informacion necesaria al sistema de seguros medicos con el proposito de enviar un cargo a mi poliza de seguro medico.

Firmado: _____ Fecha: _____

Paciente

DIVULGACION DE LA INFORMACION DE SALUD PERSONAL

(Cualquier informacion referente a su salud personal)

Por medio de la presente yo autorizo al STM Primary Care Clinic a divulger informacion de salud personal acerca de la persona arriba mencionada a las siguientes personas:

Nombre Relaciones Numero

_____/_____Telefono: _____

_____/_____Telefono: _____

Esto incluira notificacion o cambio de citas, notificacion de resultados de laboratorio o estudios especiales, mensajes en la grabadora para comunicarse con el medico o la enfermera).

April 14, 2013