

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE (CONFIDENCIAL)

NOMBRE \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO/PROVINCIA \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL/P.C. \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR \_\_\_\_\_ TELÉFONO PARTICULAR \_\_\_\_\_

NO. DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

MARQUE EL CUADRO CORRESPONDIENTE:  MENOR  SOLTERO(A)  CASADO(A)  DIVORCIADO(A)  VIUDO(A)  SEPARADO(A)

SI ES ESTUDIANTE UNIVERSITARIO A TIEMPO COMPLETO O PARCIAL,  
NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO/PROVINCIA \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL/P.C. \_\_\_\_\_

EMPLEADOR DEL PACIENTE O DEL PADRE O TUTOR \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN COMERCIAL \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO/PROVINCIA \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL/P.C. \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CÓNYUGE O DEL PADRE O TUTOR \_\_\_\_\_ EMPLEADOR \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

¿A QUIÉN LE PODEMOS AGRADECER POR DERIVARLO? \_\_\_\_\_

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

## PARTE RESPONSABLE

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE DOMICILIO \_\_\_\_\_

NO. DE LICENCIA DE CONDUCIR \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ NO. DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

EMPLEADOR \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

¿ESTÁ PERSONA ES ACTUALMENTE PACIENTE DE NUESTRA CONSULTA?  SÍ  NO

## INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

NOMBRE DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ NO. DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ FECHA DE EMPLEO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_ NO. DE SINDICATO O GREMIO LOCAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO/PROVINCIA \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL/P.C. \_\_\_\_\_

COMPAÑÍA DE SEGUROS \_\_\_\_\_ TELÉFONO # \_\_\_\_\_ NO. DE GRUPO \_\_\_\_\_ NO. DE PÓLIZA/IDENTIFICACIÓN \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO/PROVINCIA \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL/P.C. \_\_\_\_\_

¿DE CUÁNTO ES SU DEDUCIBLE? \_\_\_\_\_ ¿CUÁNTO HA USADO? \_\_\_\_\_ ¿BENEFICIO MÁXIMO ANUAL? \_\_\_\_\_

¿TIENE ALGÚN SEGURO ADICIONAL?  SÍ  NO SI LA RESPUESTA ES SÍ, LLENE LO SIGUIENTE:

NOMBRE DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ NO. DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ FECHA DE EMPLEO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_ NO. DE SINDICATO O GREMIO LOCAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO/PROVINCIA \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL/P.C. \_\_\_\_\_

COMPAÑÍA DE SEGUROS \_\_\_\_\_ TELÉFONO # \_\_\_\_\_ NO. DE GRUPO \_\_\_\_\_ NO. DE PÓLIZA/IDENTIFICACIÓN \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO/PROVINCIA \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL/P.C. \_\_\_\_\_

¿DE CUÁNTO ES SU DEDUCIBLE? \_\_\_\_\_ ¿CUÁNTO HA USADO? \_\_\_\_\_ ¿BENEFICIO MÁXIMO ANUAL? \_\_\_\_\_

ITEM 081-4582/18622 COLWELL 1.800.637.1140

X

SI ES MENOR DE EDAD, FIRMA DEL PADRE O TUTOR DEL PACIENTE

NÚMERO DEL PACIENTE

REGISTRO

