



RENAL ASSOCIATES, P.A.

Renal Associates, P.A.
Informacion de Paciente

Office Use Only [] New [] Existing Account #: _____

POR FAVOR IMPRIMIR TODA LA INFORMACION

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: [] H [] M Seguro Soc #: _____ Estado Civil: [] Casado [] Soltero/a [] Divorciado/a [] Viudo/a [] Otro

Domicilio Permanente: _____

Telefono de Casa: _____ Telefono Celular: _____ Otro Telefono: _____

Podriamos recordarle de su cita o analisis de laboratorio a traves de correo electronico? [] No [] Si Correo Electronico: _____

Seleccione su Origen Etnico: [] No soy de origen hispano [] Soy de origen hispano. [] No deseo dar informacion

Idioma Preferido: [] Ingles [] Espanol [] Otro Idioma: _____

Indique uno como su raza: [] Asiatico [] Negro, Afroamericano [] Hispano [] Nativo de Hawai
[] Blanco [] Otra de las Islas del Pacifico [] Indios Americanos/Nativos de Alaska [] No desea reportar

Estado de Empleo: [] Empleado [] Retirado [] Desempleado

Nombre de Empleo: _____ Numero Telefonico de Empleo: _____

Dirreccion de Empleo: _____

Oficio/Ocupacio: _____

En caso de emergencia notificar: _____ Numero de telefono: _____ Relacion: _____

Medico de Atencion Primaria (Dr Familiar - PCP): _____ Telefono de Medico: _____

Medico Que Mando a Ustd a Neustra Oficina: _____ Phone #: _____

Compania de Seguros PRIMARIA: _____

Numero de Poliza: _____ Grupo #: _____

Nombre de Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento de Suscriptor: _____

Nombre del Empleo y Telefono de el Suscriptor: _____

Relacion de Suscriptor con paciente: [] Uno mismo [] Conyuge [] Padre/Madre [] Otro: _____

Compania de Seguros SECUNDARIO: _____

Numero de Poliza: _____ Grupo #: _____

Nombre de Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento de Suscriptor: _____

Nombre del Empleo y Telefono de el Suscriptor: _____

Relacion de Suscriptor con paciente: [] Uno mismo [] Conyuge [] Padre/Madre [] Otro: _____

SI TIENES UNA TERCERA COMPANIA DE SEGURO, FAVOR DE NOMBRAR:
Nombre de Seguro Medico: _____ Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento de Suscriptor: _____

Firma de Paciente o Persona Responsable de Cargos x: _____ Fecha _____

POR FAVOR ESTE LISTO PARA PROVEER A LA RECEPCION:

- 1. Su tarjeta de seguro(s) que se analizaran
2. Su licencia de conducir o identificacion
3. Su co-pago o pago debido al tiempo de servicio...

...y su Mejor Sonrisa para una foto!