



Informacion Del Paciente

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre Inicial: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono de casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ N° De Seguro Social: _____

Nombre del Empleador: _____ Ciudad: _____

Casado/a: _____ Soltero/a: _____ Viudo/a: _____ Divorciado/a: _____

Contacto de emergencia: _____ Relacion con el paciente _____

N° de telefono de casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Codigo Postal _____

Si fuera necesario contactarle para confirmar su cita o seguimiento de su cuidado médico, podemos dejarle un mensaje? Si ___ No ___

Persona responsable por el paciente (si es menor de edad): _____

Apellido: _____ Primer Nombre _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Codigo Postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ N° de Seguro Social: _____ Relacion con el paciente _____

Telefono de casa: _____ celular: _____ trabajo: _____

Nombre del empleador: _____ Estado Civil: _____

Información de Aseguranza:

Nombre de Aseguranza: _____ N° de Poliza: _____

N° de Grupo: _____ Nombre de Suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____

N° de Seguro Social del Suscriptor: _____ Relacion con el Paciente: _____

Por la presente autorizo a Grand River Medical Clinics para proporcionar información a mi seguro médico con respecto a mi enfermedad y tratamientos para proceder reclamos de seguro médico. Yo tambien asigno a los proveedores todos los pagos por servicios medicos prestados. Yo se y entiendo que cualquier pago que halla sido rechazado por mi seguro médico son entre la empresa y yo. Yo soy responsable por cualquier cantidad que mi seguro médico no cubra por servicios prestados.

Origen Étnico

- Hispano/Latino
- No latino/hispano
- Otro
- Prefiero no Contestar

Raza

- Blanco
- Hispano
- Indio Americano/Nativo de Alaska
- Negro/Afro Americano
- Nativo de Hawaii/Islas del Pacifico
- Otro
- Prefiero no Contestar

Idioma Principal

- Ingles
- Español
- Lenguaje de señas Americano
- Otro _____
- Prefiero no Contestar

Firma: _____ Fecha: _____