

NOMBRE DE LOS TITULARES DE LA POLIZA _____ FECHA DE
NACIMINETO ____ / ____ / ____ SEXO _____

EMPLEADOR: _____ RELACION CON EL PACIENTE: _____

COBERTURA SECUNDARIA:

SEGURO DE SALUD: _____ NUMERO DE POLITICA #
_____ NUMERO DE GRUPO # _____

NOMBRE DE LOS TITULARES DE LA LICENCIA _____ FECHA DE
NACIMIENTO ____ / ____ / ____ SEXO _____

NUMERO DE GRUPO # _____ RELACION CON EL PACIENTE _____

TRATAMIENTO MÉDICO RESULTANTE DE UN ACCIDENTE (INFORME COMPLETO DE ACCIDENTES)

ESTOY RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO COMO RESULTADO DE UN ACCIDENTE [] SI [] NO

SI SI, ¿QUÉ TIPO DE ACCIDENTE? [] VEHICULO DE MOTOR [] ACCIDENTE DE TRABAJO [] OTRO

INFORMACION PARA EL MÉDICO:

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ NUMER DE
TELEFONO: _____ RELACION: _____

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTRA CLÍNICA?

SI USTED SE REFIERE A NOSOTROS, COMO?: [] SITIO WEB [] DIRECTORIO DEL TELÉFONO []
OTRO _____