

INFORMACION DEMOGRAFICA**ENTRUST MEDICAL GROUP****NOMBRE:**

NOMBR	INICIAL	APELLIDO	SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO
-------	---------	----------	------	------	---------------------

DIRECCION

NO.	CALLE	SOCIAL SECURITY NUMBER
-----	-------	------------------------

CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	<input type="checkbox"/> CASADO/A	<input type="checkbox"/> SOLTERO/A	<input type="checkbox"/> DIV/SEP	<input type="checkbox"/> VIUDO/A
--------	--------	---------------	-----------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

ESTADO CIVIL

TEL. CASA: _____ TRABAJO _____

E-MAIL: _____ CELL/PGR: _____

OCUPACION _____ EMPLEADOR: _____

DIRECCION DE TRABAJO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
----------------------	--------	--------	---------------

DOCTOR: _____ NUM. TEL: _____

NUM. FAX: _____

¿QUIEN LE RECOMENDO NUESTROS SERVICIOS? _____

PERSONA DE RESPONSABILIDAD MONETARIA

NOBRE	INICIAL	APELLIDO
-------	---------	----------

DIRECCION:

NO.	CALLE	PARENTESCO AL PACIENTE
-----	-------	------------------------

CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO
--------	--------	---------------	-------------------------	---------------------

TEL. CASA: _____ TRABAJO _____

EMPLEADOR _____ OCUPACION _____

ESPOSO/A

NOBRE	INICIAL	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO
-------	---------	----------	---------------------

OCUPACION	EMPLEADOR
-----------	-----------

CONTACTO DE EMERGENCIA:

NOMBRE Y PARENTELA	NUMERO DE TELEFONO
--------------------	--------------------

INFORMACION DE ASEGURANZA

PRINCIPAL	NOMBRE DE LA COMPAÑIA	NOMBRE DE ASEGURADO
	FECHA DE NACIMIENTO	SEGURO SOCIAL DE ASEGURADO/A

SECUNDARIO	NOMBRE DE LA COMPAÑIA	NOMBRE DE ASEGURADO
	FECHA DE NACIMIENTO	SEGURO SOCIAL DE ASEGURADO/A

YO, RECONOSCO QUE TODOS LOS CARGOS POR ATENCION MEDICA CONSULTAS Y CIRUGIAS SON MI RESPONSABILIDAD MONETARIA Y SON PAGABLES POR MI. YO AUTORIZO A MI COMPAÑIA DE ASEGURANZA QUE PAGA DIRECTAMENTE A ENTRUST MEDICAL GROUP CUALQUIER BENEFICIO QUE SE ME DEBA BAJO MI PLAN. YO, ACEPTO LA RESPONSABILIDAD DE PAGAR TODO LO QUE MI ASEGURANZA NO CUBRA, INCLUYENDO DEDUCTIBLES Y PAGOS POR LA CITA. YO AUTORIZO EL DESCARGO DE MI INFORMACION MEDICA REQUERIDA PARA TRATAMIENTO O FRACTURACION.