

**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**

<b>PRINCIPAL</b>	NOMBRE DE LA COMPAÑIA _____	NOMBRE DE ASEGURADO _____
FECHA DE NACIMIENTO _____		SEGURO SOCIAL DE ASEGURADO/A _____

<b>SECUNDARIO</b>	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.