



(letra de imprenta)

Fecha de hoy:				
INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Apellido del paciente:	Primer nombre:	Segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.	<input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Sra.
Estado civil (seleccione uno) Soltero / Divorciado / Viudo / Casado / Separado				
Raza:	Fecha de nacimiento: / /		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Dirección:		N.º de Seguro Social:		Teléfono residencial: ()
Apartado de correo:	Ciudad:	Estado:		Código postal:
Dirección de correo electrónico:			Teléfono celular: ()	
Médico de atención primaria:				
INFORMACIÓN DEL SEGURO				
(Entregue sus tarjetas de seguro y una identificación con foto a la recepcionista)				
Persona responsable de la factura:	Fecha de nacimiento: / /	Dirección (si es diferente):		Teléfono residencial: ()
Nombre del seguro principal:				
Nombre del suscriptor:	N.º de Seguro Social del suscriptor:	Fecha de nacimiento: / /	N.º de grupo:	N.º de póliza:
Relación del paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro				
Nombre del seguro secundario (si corresponde):				
Nombre del suscriptor:	GN.º de grupo:		N.º de póliza:	
Relación del paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro				
EN CASO DE EMERGENCIA				
Nombre de un amigo o pariente local (que no viva en la misma dirección):	Relación con el paciente:	Teléfono residencial: ()	Teléfono de trabajo: ()	
La información anterior es correcta a mi leal saber y entender. Autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente a Lakeland Regional Health. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier copago, deducible, coaseguro y saldos que no cubra mi seguro y que sean pagaderos en el momento del servicio. Asimismo, autorizo a Lakeland Regional Health a proporcionar cualquier información requerida para procesar mis reclamos a mi compañía de seguro.				
Firma del paciente/tutor			Fecha	