



San Marcos Family Medicine

2406 Hunter Rd Suite 106 San Marcos, TX 78666

Phone: (512) 396-7686 Fax: (512) 396-8006

Paciente Informacion

Puedes decir como usted oiste a nosotros: _____

Apellido: _____ Nombre de pila: _____ Segunda nombre _____

Direccion: _____

Ciudad: Estacion: Codigo Postal: _____

Numero de casa: _____ Numero de celular: _____

Numero de trabajo _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Numero de Seguro social: _____

Numero de la Licencia de manejar(DL#): _____ Estado civil: _____ Patron: _____

Estudiante: (circle uno) - Tiempo completo - Tiempo parcial - No aplicable

Amigo o pariente que no viven con usted y número de teléfono: _____

En emergencia y teléfono: _____

RESPONSABLE DE PARTE DE SEGUROS Y DE TARJETA TITULAR

(Si es diferente de la anterior)

Apellido: _____ Nombre de pila: _____ Segunda nombre _____

Direccion: _____

Ciudad: Estacion: Codigo Postal: _____

Numero de casa: _____ Numero de cielo _____

Numero de trabajo _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Numero de Seguro social: _____

Licencia de manejar (DL#): _____ Estado civil: _____ Patron: _____

¿Hay una preferencia a donde debe enviarse correspondencia

(es decir, declaraciones)?



San Marcos Family Medicine

2406 Hunter Rd Suite 106 San Marcos, TX 78666

Phone: (512) 396-7686 Fax: (512) 396-8006

Por la presente asignar, transferir y establecer a través de a la medicina familiar de San Marcos, P.A. todos mis derechos, el título y el interés para mi reembolso médico las prestaciones en virtud de mi póliza de seguro. Autorizar a la liberación de toda la información médica necesaria para determinar estos beneficios. Esta autorización seguirá siendo válida hasta que es dado aviso escrito por mí revocar la autorización, dijo. Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos o no están cubiertos por el seguro.

*Firma de paciente: _____ Fecha: _____

Recibo de acuse de prácticas de privacidad

Yo, _____, han recibido una copia de la notificación de prácticas de privacidad de medicina familiar de San Marcos con una fecha efectiva de 13 de abril de 2003.

Nombre del paciente de impresión _____

Dirección del paciente _____

Firma del paciente _____ Fecha: _____

Nombre de testigo _____

Firma del testigo _____ Fecha: _____