



Where Your Healing Begins

Fecha: ____/____/____

Nombre del paciente: _____ Fecha De Cacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Hembra SS#: ____-____-____ LICENCIA DR#: _____

Teléfono de casa #: (____) ____-____-____ Teléfono celular #: (____) ____-____-____

Si es menor de edad, nombre de los padres: _____ Fecha de Nacimiento de los padres: ____/____/____

Dirección de correo electrónico: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Empleador del paciente: _____

Ocupación: _____ Teléfono del trabajo #: (____) ____-____-____

Nombre del cónyuge: _____ Fecha de nacimiento del cónyuge: ____/____/____

Empleador del cónyuge: _____ Ocupación: _____

**** EN CASO DE EMERGENCIA, ¿A QUIÉN PODEMOS NOTIFICAR? ****

Nombre: _____ Relación: _____

Hm Ph #: (____) ____-____-____ Cell Ph #: (____) ____-____-____ Wk Ph #: (____) ____-____-____

**** QUIÉN ES RESPONSABLE DEL PAGO ****

Nombre: _____ Relación: _____

Hm Ph #: (____) ____-____-____ Ph de celda #: (____) ____-____-____ Semana Teléfono #: (____) ____-____-____

Dirección: _____ City: _____ ST: _____ Zip: _____

Compañía de seguros: _____ Teléfono: (____) ____-____-____

Nombre del titular de la tarjeta: _____

Relación: _____ Fecha De Cacimiento: ____/____/____ SS#: ____-____-____

de grupo o nombre del plan: _____ suscriptor o ID #: _____

Farmacia preferida: _____

Para la continuidad de la atención, doy mi consentimiento para que Calvary Medical Clinic obtenga mis registros de farmacia. ☐ Sí ☐ No

*** Se espera el pago en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho arreglos previos. Como cortesía, nuestra oficina presentará sus reclamos de seguro por los honorarios del médico en caso de hospitalización. * También autorizo a Calvary Medical Clinic a divulgar cualquier información necesaria en el curso de mi tratamiento requerida por la compañía de seguros que cubre estos procedimientos y permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original. Entiendo que soy responsable de todos los montos no cubiertos por el seguro. He recibido un aviso de las prácticas de privacidad de esta organización.**

Firma del paciente o padre/tutor: _____

Nombre del padre/tutor (*impreso*): _____

	Phone Number	Address	Business Hours
Livingston	936-327-1055	309 Hwy 59 S Loop	Monday - Friday: 8.00 AM - 5.00 PM
Cleveland	281-592-9775	108 S William Barnett Ave	Saturday - Sunday: Closed