

NOMBRE DEL CLIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **ID#:** _____

Información General

FECHA: _____ **SEXO:** FEMENINO MASCULINO **RAZA/ORIGEN ÉTNICO:** _____

IDIOMA PREFERIDO: _____ **NUMERO SS:** _____

MARCAR TODAS LAS QUE APLIQUEN: MENOR SOLTERO CASADO DIVORCIADO ESTUDIANTE EMPLEADO

ESCUELA: _____ **EMPLEADOR:** _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **CÓDIGO POSTAL:** _____

DIRECCIÓN DONDE RECIBE EL CORREO (SI ES DIFERENTE): _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **CÓDIGO POSTAL:** _____

TELÉFONO 1: _____ **TELÉFONO 2:** _____

MENOR DE 18: NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL/RELACIÓN CON EL CLIENTE: _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA/RELACIÓN CON EL CLIENTE: _____

TELÉFONO DEL CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA #: _____

PSIQUIATRA: _____ **TELÉFONO:** _____

MÉDICO DE CABECERA: _____ **TELÉFONO :** _____

FORMA DE PAGO: FAVOR DE MARCAR UNA CAJA Y COMPLETAR LA INFORMACIÓN REQUERIDA

<input type="checkbox"/> ASEGURANZA	NOMBRE DE LA ASEGURANZA	PNUMERO DE PÓLIZA	CANTIDAD DE LA CUOTA
<input type="checkbox"/> MEDICAID	NUMERO DE MEDICAID	TIPO DE MEDICAID	ID DE CENTENNIAL HEALTHCARE
<input type="checkbox"/> CUOTA PRIVADA	CHEQUES Y TARJETAS DE CRÉDITO (VISA, MASTERCARD & DISCOVER) <i>Solo en oficina de Albuquerque</i> CUOTAS: \$65 PRIMERA CONSULTA/ \$55 VISITA REGULAR/PRECIOS POR SERVICIOS ESPECIALES VARÍAN		
<input type="checkbox"/> OTRO (EXPLICAR)			

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL (SOLAMENTE SI ES DIFERENTE A LO ANTERIOR):

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

SS#: _____ **SEXO:** FEMENINO MASCULINO

EMPLEADOR A ESCUELA: _____

RELACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL CON EL CLIENTE: ESPOSO HIJO **OTRO:** _____