

# Rocky Mountain Primary Care, P.C.

Primary Care Physician \_\_\_\_\_

Chart # \_\_\_\_\_

## PACIENTE

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ codigo postal \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Telefono De trabajo \_\_\_\_\_ Telefono Movil \_\_\_\_\_  
Correo Electronico \_\_\_\_\_

## OTROS FAMILIARES QUE SE ATIENDEN CON NOSOTROS:

ES LA MISMA ASEGURANZA?

1. \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

## LA PERSONA RESPONSABLE (si no es el paciente)

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ codigo postal \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Telefono De trabajo \_\_\_\_\_ Telefono Movil \_\_\_\_\_

## PRIMER ASEGURANZA

Nombre de Aseguranza \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
# de identificacion \_\_\_\_\_ # de grupo \_\_\_\_\_  
Fecha cuando se efectuo \_\_\_\_\_

## A NOMBRE DE QUIEN ESTA LA ASEGURANZA (si no es el paciente)

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_  
Relacion a el paciente? \_\_\_\_\_

## EMPLEADOR DE LA PERSONA:

Compania \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION PARA PAGO AL MEDICO:** Yo autorizo pago directamente a Rocky Mountain Primary Care, P.C. de parte de mi aseguranza por Servicios Medicos Recibidos. Tambien autorizo el intercambio necesario de cualquier informacion medica que se necesite para realizar el cobro. Yo entiendo que si mi aseguranza no cubre o no paga, yo sere responsable de pagar los cobros sobre los servicios rendidos.

## FIRMA DEL PACIENTE

## SEGUNDA ASEGURANZA

Nombre de Aseguranza \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
# De identificacion \_\_\_\_\_ # de grupo \_\_\_\_\_  
Fecha cuando se efectuo \_\_\_\_\_

## A NOMBRE DE QUIEN ESTA LA ASEGURANZA (si no es el paciente)

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_  
Relacion a el paciente? \_\_\_\_\_

## EMPLEADOR DE LA PERSONA:

Compania \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**ES RELACIONADO A UN ACCIDENTE?** SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ AUTO \_\_\_\_\_ Caso # \_\_\_\_\_  
Feca de el accidente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre de el ajustador \_\_\_\_\_ #de telefono \_\_\_\_\_  
Si es Relacionado al trabajo, ya fue notificado el empleador? \_\_\_\_\_ A quien contractamos \_\_\_\_\_ # de telefono \_\_\_\_\_