

Fecha: _____ Hora: _____

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD _____

SEXO: FEMENINO/MASCULINO

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ OTRO NÚMERO: _____

DOMICILIO: (Nro. de calle) _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

NOMBRE DEL PLAN DE SEGURO DE SALUD:

_____ HMO/PPO

MIEMBRO Nro. _____

MÉDICO DE CABECERA:

FARMACIA: _____ CALLE _____

CIUDAD _____ CÓDIGO POSTAL _____

MOTIVO DE LA VISITA DE HOY:

CORREO ELECTRÓNICO DEL PACIENTE:

¿ES UNA ENFERMEDAD O LESIÓN? ENFERMEDAD LESIÓN

¿ES UNA LESIÓN RELACIONADA AL TRABAJO? SÍ NO

_____ Entiendo que todos los costos son una
(Initial) estimación y no un precio garantizado.

_____ Entiendo que cualquier pago debe ser pagado
(Initial) al momento del servicio.

_____ Entiendo que la atención inmediata DOHC no
(Initial) es una atención de emergencia y que los
servicios prestados se facturarán como una
visita al consultorio en un consultorio local.