

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **SS#:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** M F  
Apellido                      Nombre                      Inicial Media

**Estado Civil:** S M W D **Teléfono #:** \_\_\_\_\_ **H C W** **Otro Teléfono #:** \_\_\_\_\_ **H C W**

*Si necesitamos dejar un mensaje con información médica/personal, qué número podemos usar?* **H C W**

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

**Idioma Preferido:** \_\_\_\_\_ | **Origen étnico:** Hispánico \* No-Hispánico \* Rechazar

**Raza:** Caucásico \* Hispánico \* Bi racial \* Afroamericano/Americano \* Asiático \* Otro \* Rechazar

**Contacto de Emergencia:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** (    ) \_\_\_\_\_

**Empleador/Dirección:** \_\_\_\_\_ **Teléfono de Trabajo:** (    ) \_\_\_\_\_

**Médico de Referencia: (si corresponde):** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** (    ) \_\_\_\_\_

**Farmacia/Dirección/Teléfono:** \_\_\_\_\_ (    ) \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL SEGURO

**Seguro Primario:** \_\_\_\_\_ **Grupo #:** \_\_\_\_\_ **Identificación #:** \_\_\_\_\_

**Suscriptor:** \_\_\_\_\_ **Relación con el Suscriptor:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Entrada en Vigor:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento del Suscriptor:** \_\_\_\_\_ **Número de Seguro Social del Suscriptor:** \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario:** \_\_\_\_\_ **Grupo #:** \_\_\_\_\_ **Identificación #:** \_\_\_\_\_

**Suscriptor:** \_\_\_\_\_ **Relación con el Suscriptor:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Entrada en Vigor:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento del Suscriptor:** \_\_\_\_\_ **Número de Seguro Social del Suscriptor:** \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE LA PERSONA ENCARGADO DE SEGURO

**Garante/Parte Responsable:** \_\_\_\_\_ **Relación con el Paciente:** \_\_\_\_\_  
Apellido                      Nombre                      Inicial Media

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**SS#:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Teléfono (    )** \_\_\_\_\_

**Empleador del Garante:** \_\_\_\_\_ **Teléfono de Trabajo:** (    ) \_\_\_\_\_

### SI ESTÁ RELACIONADO CON EL TRABAJO O LESIONES

**Tipo:**    **Compensación de Trabajadores**    **Accidente Automovilístico**    **Legal /Empleador**    **Lesiones Personales**    **Otro**

**Reclamación #:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Lesión o Accidente:** \_\_\_\_\_ **Estado de Lesiones o Accidente:** \_\_\_\_\_

**Compañía de Seguros de Accidentes de Trabajo Comp/Auto:** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Persona de Contacto del Caso:** \_\_\_\_\_ **Teléfono (    )** \_\_\_\_\_

**Nombre de la Práctica del Abogado:** \_\_\_\_\_ **Teléfono (    )** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_