

PATIENT INFORMATION

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Sexo: M / F
---------	----------------------	-------------

Teléfono #:	Seguro Social #:	Estado Matrimonial: S M W D
-------------	------------------	-----------------------------

Dirección:	(Ciudad)	(Estado)	(Zona Postal)
------------	----------	----------	---------------

Empleo:	Numero de trabajo #:
---------	----------------------

Dirección de empleo:	(Ciudad)	(Estado)	(Zona Postal)
----------------------	----------	----------	---------------

Recomendada: Panillas Amarillas Doctor Amigo/Paciente Libro de ascesuranza Lecture Otro_____

Race: Black Caucasian Hispanic Asian Other

PERSONA RESPONSIBLE

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Sexo: M / F
---------	----------------------	-------------

Teléfono #:	Seguro Social #:	Relación al Paciente / Esposo / Padres / Otro
-------------	------------------	---

Dirección:	(Ciudad)	(Estado)	(Zona Postal)
------------	----------	----------	---------------

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Sexo: M / F
---------	----------------------	-------------

Teléfono #:	Seguro Social #:	Relación al Paciente / Esposo / Padres / Otro
-------------	------------------	---

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA

Aseguranza:	Grupo #:	ID #:
-------------	----------	-------

Teléfono #:	Dirección de aseguranza:
-------------	--------------------------

Nombre de el Asegurado:	Fecha de nacimiento:	Sexo: M / F
-------------------------	----------------------	-------------

Seguro Social del asegurado #:	Relación al Paciente / Esposo / Padres / Otro
--------------------------------	---

INFORMACIÓN DE SEGUNDA ASEGURANZA

Aseguranza:	Grupo #:	ID #:
-------------	----------	-------

Teléfono #:	Dirección de aseguranza:
-------------	--------------------------

Nombre de el Asegurado:	Fecha de nacimiento:	Sexo: M / F
-------------------------	----------------------	-------------

Seguro Social del asegurado #:	Relación al Paciente / Esposo / Padres / Otro
--------------------------------	---

I authorize the release of any medical information needed to determine those benefits. I Authorize ALL payments to be made directly to Elizabeth Covington, M.D., Inc. This authorization shall remain valid until written notice is given by me revoking said authorization. I understand that I am financially responsible for all charges, including Deductibles and Copayments, whether or not they are covered by insurance. I further understand that I may be charged interest at a rate of 19.5% per annum, for all balances not paid upon monthly.

Firma del Paciente

Fecha