



# PEDIATRIC ASSOCIATES AT ARGYLE, P.A.

DM HealthNet: Patient Information Form - Revised February 2019

DT ENTD:	INITIALS:
	ACCT #

## Sección A: INFORMACION DEL PACIENTE

FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NAC. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ GENERO  Male  Female ESTATUS LEGAL \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

Numero de calle \_\_\_\_\_ Apartamento # \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_Codigo Postal \_\_\_\_\_  
 TELEFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TELEFONO DEL TRABAJO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ EXT. \_\_\_\_\_ TELEFONO CELULAR \_\_\_\_\_

IDIOMA PREFERIDO \_\_\_\_\_ RAZA \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

EMPLEADOR / ESCUELA \_\_\_\_\_ CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

FARMACIA PREFERIDA (Telefono/Direccion) \_\_\_\_\_

## Sección B: ESTATUS LEGAL

**Acompañante de paciente debe indicar su relación con el paciente.** Documentos legales e identificación con foto será requerida para demostrar su identidad. Favor de seleccionar y complete la información a continuación.

Padre/Madre  Encargado Legal  Otro \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NAC. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ GENERO  M  F ESTATUS LEGAL \_\_\_\_\_

DIRRECCION (Si es diferente) \_\_\_\_\_

TELEFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TELEFONO DEL TRABAJO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ EXT. \_\_\_\_\_ TELEFONO CELULAR \_\_\_\_\_  
 EMPLEADOR / ESCUELA \_\_\_\_\_ TIEMPO COMPLETO? \_\_\_\_\_

## Sección C: INFORMACION DE SEGURO

Presentar identificación con foto y tarjetas del seguro para sacarle copia.

**IMPORTANTE: Proveer cualquier otra información de seguro medico secundario. No proveer dicha información es fraude. En el caso de que usted o sus dependientes no sean elegible para cobertura, usted será respinsbile del pago de lost servicios prestados.**

PRIMARIO:  NINGUNO  MEDICAID  OTRO

NOMBRE DEL SEGURO \_\_\_\_\_ DIRECCION DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_

TELEFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ PERSONA DE CONTACTO \_\_\_\_\_ NUMERO DE POLIZA \_\_\_\_\_

NUMERO DE GRUPO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_ NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

RELACION DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO:  Paciente  Esposo  Esposa  Hijo/A  Otro (Especificar) \_\_\_\_\_

DIRRECCION DEL ASEGURADO (si es diferente a la del paciente): \_\_\_\_\_

SECUNDARIO:  NINGUNO  MEDICAID  OTRO

NOMBRE DEL SEGURO \_\_\_\_\_ DIRECCION DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_

TELEFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ PERSONA DE CONTACTO \_\_\_\_\_ NUMERO DE POLIZA \_\_\_\_\_

NUMERO DE GRUPO \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC. DEL ASEGURADO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

NOMBRE DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_ NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_

RELACION DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO  Paciente  Esposo  Esposa  Hijo/A  Otro (Especificar) \_\_\_\_\_

DIRRECCION DEL ASEGURADO (si es diferente a la del paciente): \_\_\_\_\_

MEDICO PRIMARIO: \_\_\_\_\_

MEDICO REMITENTE( si es diferente del medico primario) \_\_\_\_\_