



KATY
Pain and Spine

Karan Madan, M.D. **Nimish Davé, M.D.**
 Dawna Walton, M.D.

PACIENTE NUEVO, INFORMACION PERSONAL

Apellidos: _____ Nombre: _____
 Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____
 Número telefónico de Casa : _____ Número telefónico del Trabajo: _____
 Número telefónico de Celular: _____
 Correo electrónico: _____
 Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Masculino ___ Femenino ___
 Empleador: _____ Ocupación: _____
 Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ # Telefónico: _____
Medico de Referencia: _____ **Medico General:** _____
 Estado Marital: Casado ___ Divorciado ___ Viudo ___ Soltero ___ Separado ___
 Nombre del Cónyuge: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Empleador del Cónyuge: _____ # Telefónico del Empleador: _____

_____	_____
Seguro Médico Primario	Nombre del Titular / Fecha de Nac / SSN
_____	_____
Número de Seguro Médico #	Grupo del Seguro Médico #
_____	_____
Seguro Médico Secundario	Nombre del Titular / Fecha de Nac / SSN
_____	_____
Número de Seguro Médico #	Grupo del Seguro Médico #

Nota: Mandaremos como cortesía la factura a su Seguro Médico secundario, Si el pago de la factura no es obtenido dentro de los 60 días de enviada, el balance será transferido como responsabilidad del paciente.

Su condición médica es debido a un accidente de trabajo? _____ Fecha del accidente: _____
 Su condición médica es debido a un accidente automovilístico u otro tipo de accidente? _____ Fecha del accidente: _____

Mi firma indica que se me ha permitido leer y revisar este documento, por consiguiente acepto los términos descritos:

- *Póliza Financiera, , Consentimiento para Tratamiento y Forma de Autorización para Divulgación de Registros Médicos (ver página 3)
- *Notificación de Practicas Privadas (ubicada en la Recepción).

Acepto que la información arriba descrita es verdadera y autorizo que esta información sea usada para obtener los pagos por servicios dados. Adicionalmente, autorizo que mi médico me otorgue tratamiento y realice los procedimientos médicos que sean necesarios o admitidos para mi diagnóstico médico. Asimismo, autorizo a Divulgar cualquier información medica necesaria para el pago de mi factura de Seguro Médico y que los pagos de servicios médicos se asignen directamente a mi médico. En el caso en que mi Seguro Médico no cubra el costo de los servicios otorgados, acepto ser responsable del pago total del servicio brindado. Esta autorización permanecerá vigente hasta que sea revocada por escrito.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

Revisado por: _____ Fecha: _____