

JACK M. THOMAS, M.D.
Formulario de Registro del Paciente

Fecha: _____ Seguro Social: _____

Nombre: (Apellido) _____ (Nombre de Pila) _____ (Segundo Nombre) _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: H M

(Si tienes 18 años de edad) Nombre de la Parte Responsable: _____ Relación _____

Dirección Física: _____ (Ciudad, Calle) _____ (Código Postal) _____

Dirección Postal: _____ (Ciudad, Calle) _____ (Código Postal) _____

Número de Casa: _____ Número de Cel.: _____

Asegurans Médica Primaria: _____ Secundaria: _____

Nombre del Empleador: _____ Número de Trabajo: _____

Motivo de la Visita: _____ Fecha de la Lesión: _____

Breve Descripción del Problema: _____

¿Está Siendo Visto en Causa de una **Lesión de Trabajo**? Si No

¿Está Siendo Visto en Causa de un Accidente de **Vehículo de Motor**? Si No

¿Se Han Hecho Rayos X del Área Afectada en Los Últimos **Seis Meses**? Si No
Disco de Radiografía Traídas? Si No

¿Hay una **Demanda Pendiente** con Respecto a Esta Lesión? Si No

Quien es su médico primaria: _____

Quien te refirió: _____

.....

Solicito el pago de beneficios autorizados a JACK M. THOMAS, MD, y autorizo a la clínica a que libere toda la información necesaria a mi aseguransa médica para determinar los beneficios del pago de los servicios relacionados.

Firma de los Pacientes: X _____