

I. INFORMACION DE PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ SS#: _____ #de licencia de manejar: _____

Sexo: _____ Hombre _____ Mujere

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Zona postal: _____ Teléfono: (_____) _____

Empleador _____ Teléfono: (_____) _____

Domicilio de empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona postal: _____

II. INFORMACION DE ESPOSO(A)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Empleador: _____ Teléfono: (_____) _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona postal: _____

III. INFORMACION DE ASEGURANZA

Tiene Medicare: Si No # de Medicare _____ Medicare es primario? Si No

Tiene Medi-cal: _____ Si _____ No Kern Family Health? _____ Si _____ No

Aseguranza principal Nombre de la compania _____

de Grupo: _____ # de Póliza _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona _____

SS# _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento _____

Aseguranza adicional Nombre de la compania _____

de Grupo: _____ # de Póliza _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona _____

SS# _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento _____

PACIENTE: _____ FECHA: _____

IV. PERSONA DE CONTACTO AL CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Zona postal: _____ Teléfono: (_____) _____

V. FIRMA Yo consento al firmar que todo es correcto y verdad a mi consentimiento

X: _____
Firma de el paciente o persona responsable Fecha

VI. ASIGNO DE BENEFICIOS DE SEGURO

Asigno por este medio todas la ventajas medicas y/o quirurgicas a cual purdo ser dado derecho de un plan del insurance a los medicos que participant de **The Heart Center**. Seguirá habiendo esta asignacion en efecto revocado por mi adentro escritura. Autorizo por este medico acesionarios dichos a lanzar toda la informacion necesario para agurar los dichos. Entiendo que mi firma solicita que el pago hecho y autoriza el lanzamiento de la informacion medica necesario para pagar la demanda.

Firma del paciente or persona responsable Fecha

Nombre de paciente: _____

Nombre de Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

AUTORIZACION PARA EL LANZAMIENTO / LA PETICION DE EXPEDIENTES MEDICOS

PARA: _____

Entender el secreto de expedientes medicos, I como el partido responsable paciente o legal paciente mencionado abajo, autorice por este medico el lanzamiento del expediente medico del abojo paciente nombrado a:

**The Heart Center
5020 Commerce Dr.
Bakersfield, CA 93309
(661) 324-4100
(661) 324-4600 fax**

Nombre de paciente: _____ fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona postal: _____

Telefono: (_____) _____

Firma de paciente o persona responsable: _____

Relacion del partido responsable al paciente: _____

Fecha de hoy: _____