



INFORMACIÓN DEL PACIENTE											
PRIMER NOMBRE	INICIAL	APPELLIDO(S)	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO-A <input type="checkbox"/> CASADO-A <input type="checkbox"/> SEPARADA <input type="checkbox"/> VUIDO-A			FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO			
DOMICILIO			NUMERO DE TELÉFONO			NUMERO DE SEGURO SOCIAL					
CIUDAD		ESTADO	ZONA POSTAL		NUMERO DE CELULAR						
SI ES MENOR DE 18 AÑOS: QUIEN ES LA PERSONA RESPONSIBLE?					EMPLEADOR						
APPELLIDO(S) Y NOMBRE					NOMBRE						
DOMICILIO		FECHA DE NACIMIENTO			DOMICILIO						
CIUDAD		ESTADO	ZONA POSTAL		CIUDAD		ESTADO	ZONA POSTAL			
RELACIÓN AL PACIENTE	SEGURO SOCIAL	TELÉFONO			TELÉFONO		OCUPACIÓN				
ESPOSO-A DE PERSONAL RESPONSIBLE					EMPLEADOR DE ESPOSO-A						
APPELLIDO(S) Y NOMBRE					NOMBRE						
DOMICILIO		FECHA DE NACIMIENTO			DOMICILIO						
CIUDAD		ESTADO	ZONA POSTAL		CIUDAD		ESTADO	ZONA POSTAL			
RELACIÓN AL PACIENTE	SEGURO SOCIAL	TELÉFONO			TELÉFONO		OCUPACIÓN				
EN CASO DE EMERGENCIA, NOTIFICAR											
NOMBRE			RELACIÓN AL PACIENTE	NOMBRE			RELACIÓN AL PACIENTE				
DOMICILIO			TELÉFONO			DOMICILIO			TELÉFONO		
CIUDAD		ESTADO	ZONA POSTAL	CELULAR	CIUDAD		ESTADO	ZONA POSTAL	CELULAR		
INFORMACIÓN DE SEGURO				INFORMACIÓN DE MISC.							
				PRIMARIO	SEGUNDARIO						
NOMBRE DE ASEGURANZA											
NOMBRE DE SUSCRIPTOR(ORA)											
SEGURA SOCIAL DE SUSCRIPTOR(ORA)											
FECHA DE NACIMIENTO DE SUSCRIPTOR(ORA)						<b>PARA OFICINA (OFFICE USE ONLY)</b>					
EMPLEADOR DE SUSCRIPTOR(ORA)											
RELACIÓN DE SUSCRIPTOR(ORA)											

**INSURANCE AUTHORIZATION, ASSIGNMENT, AND MEDICAL RECORDS RELEASE**

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION: I authorize any holder of medical information about me to release said medical information requested by insurance companies with whom I have coverage or any public agency and its agents to determine benefits for services provided or benefits for related services.  
 "Special authorization is needed to release any and all information regarding patients that are seen by a Behavioral Health Provider.  
 ASSIGNMENT OF BENEFITS: I hereby authorize payment of benefits be made directly to Rancho Paseo Medical Group for services provided to me by Rancho Paseo Medical Group. I understand that I am financially responsible to Rancho Paseo Medical Group for charges not covered by this assignment. I authorize refund of overpaid insurance benefits where my coverages are subject to coordination of benefits in the event of default, I agree to pay all costs of collection, including reasonable attorney's fees. This authorization will remain in effect until revoked in writing by the undersigned.

FECHA

FIRME AQUI