



**Family Medicine Center**  
 1601 Owen Drive  
 Fayetteville, NC 28304  
 910-678-0100  
 Telefax 910-678-0115

**Specialty Clinic**  
 1601 Owen Drive  
 Fayetteville, NC 28304  
 910-678-7287  
 Telefax 910-678-7274

**Información paciente**

Numero de Cuenta: \_\_\_\_\_ SSN: ¿ \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ¿Cómo usted oyo de nosotros? \_\_\_\_\_  
 Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_  
 Dirección de la calle: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado Sexo: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sex: **M o F** Estado civil: \_\_\_\_\_ Idioma Preferido: \_\_\_\_\_  
 Teléfono del Casero: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono del Cell ( ) \_\_\_\_\_  
 Teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Nombre de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_  
 Correo Electronic: \_\_\_\_\_ Metodo Preferido de Comunicacion: \_\_\_\_\_  
 Prefiere los nombre, dirección y teléfono de farmacia: \_\_\_\_\_

**Raza:**  Negro  Blanco  
 Isleño asiático/pacífico  
 Indio americano  
 Hispanico  Otro

**Otros miembros de la familia**

Nombre	Edad	Nombre	Edad

**Partido responsable (la cuenta será enviada a esta persona)**

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_  
 Dirección de la calle: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado Sexo: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sex: **M o F** Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Teléfono del Casero: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono del Cell ( ) \_\_\_\_\_  
 Teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Relación al paciente: \_\_\_\_\_

**Información del seguro (por favor preséntele la tarjeta del seguro a la recepcionista para copiar)**

**Seguro primario** Compañía de seguros: \_\_\_\_\_  
 Persona Responsable del seguro \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: **M o F**  
 SSN: Relación del \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ al paciente: \_\_\_\_\_  
 Identificación # del suscriptor: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Política #: \_\_\_\_\_ # de Grupo #: \_\_\_\_\_

**Seguro secundario** Compañía de seguros: \_\_\_\_\_  
 Persona Responsable del seguro \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: **M o F**  
 SSN: Relación del \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ al paciente: \_\_\_\_\_  
 Identificación # del suscriptor: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Política #: \_\_\_\_\_ # de Grupo #: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE PAGAR VENTAJAS AL MÉDICO Y A LA INFORMACIÓN DEL LANZAMIENTO:** Autorizo por este medio el pago directamente al médico de las ventajas quirúrgicas y/o médicas, si cualquiera, si no pagadero a mí para su servicios según lo descrito, realizando yo es responsable pagar servicios no cubiertos. También autorizo a médico a lanzar cualquier información adquirida en el curso de mi tratamiento necesario para procesar demandas de seguro.

Firma paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Verificado cerca: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_