

EASTLAKE SLEEP CENTER
 841 KUHN DR. SUITE 201 CHULA VISTA, CA 91914
 (619) 623-3816 FAX (619) 623-3824



INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Apellido del paciente:	Primer N:	Segundo N:	<input type="checkbox"/> Señor <input type="checkbox"/> Señora <input type="checkbox"/> Señorita <input type="checkbox"/> Ms.	Estado civil (marque uno) Solttero / Casado / Divorciado / Separado / Viudo	
Es éste su nombre legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si no, cuál es su nombre legal?	(Nombre anterior):	Fecha de nacimiento: / /	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección:			Número de seguro social.:	Teléfono de casa.: ()	
P.O. box:	Ciudad:	Estado:		Código postal:	
Ocupación:	Lugar de trabajo:		Numero de lugar de trabajo.: ()		
Referido al Sleep Center por (por favor marque uno de los cuadrados):			<input type="checkbox"/> Dr.	<input type="checkbox"/> Plan de seguro	<input type="checkbox"/> Hospital
<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Cerca de mi casa/trabajo	<input type="checkbox"/> Páginas amarillas	<input type="checkbox"/> Otro	

INFORMACIÓN DE SEGURO PRIMARIO				
Persona responsable por el pago:	Fecha de nacimiento: / /	Dirección (si diferente):	Teléfono de casa.: ()	
Ocupación:	Lugar de trabajo:	Dirección de lugar de trabajo:	Numero de lugar de trabajo.: ()	
Esta cubierto por seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre de seguro:		
Nombre del asegurado:	Seguro Social de asegurado:	Fecha de nacimiento: / /	Numero de grupo:	Numero de póliza de seguro:
Relación del paciente con el asegurado:	<input type="checkbox"/> Uno mismo	<input type="checkbox"/> Esposo(a)	<input type="checkbox"/> Hijo(a)	<input type="checkbox"/> Otro

INFORMACIÓN DE SEGURO SECUNDARIO				
Persona responsable por el pago:	Fecha de nacimiento: / /	Dirección (si diferente):	Teléfono de casa.: ()	
Nombre del asegurado:	Fecha de nacimiento: / /	Nombre de seguro:	Numero de grupo:	Numero de póliza de seguro:

EN CASO DE EMERGENCIA			
Nombre de pariente o amigo local (que no viva en la misma dirección):	Relación con el paciente:	Teléfono de casa:()	Teléfono de trabajo.: ()
AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO: Por el presente documento, yo apruebo y autorizo la administración de tratamientos considerados, recomendados, y necesarios a criterio del médico. Comprendo que la información es verdadera de acuerdo a mi mejor conocimiento. Recibire servicios hoy bajo el conocimiento de que si mi seguro no los cubre, me cobrarán y tendré la responsabilidad de pagar por los servicios recibidos. Comprendo que es mi responsabilidad cubrir cualquier balance de la deuda. También autorizo a Eastlake Sleep Center o mi compañía de seguro de dar a conocer cualquier información requerida para procesar mis reclamos.			
Firma de paciente/guardian:			Fecha: