



Midwest Health Partners, P.C.

Obstetrics & Gynecology

1410 North 13th St Norfolk, NE 68701 402-379-2322

Fecha: _____

Información del paciente - **Menores de 18 años** (For favor imprima claramente)

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial: _____ Nombre anterior: _____

Dirección física: _____ Apt. _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Buzon de correspondencia: _____ Código Postal: _____

Teléfono de su casa: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____ Sexo: Masculino Femenino

Numero de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: mes ____ día ____ año ____ Edad: ____

Persona responsable del pago y padres Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

Apellido : _____ Primer nombre: _____ Inicial: _____

Dirección física: _____ Apt. _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección para enviarle correo: _____ Sexo: Masculino Femenino

Teléfono de su casa: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____ E-Mail: _____

Numero de seguro social: _____ Fecha de Nacimiento: mes ____ día ____ año ____

Empleador : _____ Teléfono del empleador: (____) _____

Otra información de padres Estada civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

Apellido : _____ Primer nombre: _____ Inicial: _____

Dirección física: _____ Apt. _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección para enviarle correo: _____ Sexo: Masculino Femenino

Teléfono de su casa: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____ E-Mail: _____

Numero de seguro social: _____ Fecha de Nacimiento: mes ____ día ____ año ____

Empleador : _____ Teléfono del empleador: (____) _____

Información de Contacto de Emergencia

Nombre y apellidos: _____ Relación a paciente: _____ Numero de telefono: (____) _____

Nombre de su amigo: _____ Numero de telefono: (____) _____

Médico Doctor familiar: _____ Numero de telefono: (____) _____

Información de Póliza

Si no tienes comprobante de seguro, deberá pagar el total día de hoy. Si usted tiene seguro, su co-pago o un mínimo de servicio de hoy (20%) sera debidos. Vamos a presentar su reclamo a su compañía de seguros.

Compania de Seguros Principal ¿Usted tiene seguro Si No

Nombre del asegurado:: _____ Fecha de nacimiento: mes ____ día ____ año ____

Dirección del seguro: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Numero teléfono de la aseguranza: (____) _____ Número de seguro social: _____

Lugar de trabajo: _____

Sexo: Masculino Femenino Relación de los asegurados al paciente: _____