



**Midwest Health Partners, P.C.**

**Obstetrics & Gynecology**

1410 North 13<sup>th</sup> St Norfolk, NE 68701 402-379-2322

Fecha: \_\_\_\_\_

**Información del Paciente** (For favor imprima claramente)

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Nombre anterior: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_ Apt. \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Buzon de correspondencia: \_\_\_\_\_ Apt. \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección para enviarle correo: \_\_\_\_\_

Teléfono de su casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Numero de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: mes \_\_\_\_ día \_\_\_\_ año \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_

Sexo: Masculino Femenino Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Información de Conyuge**

Apellido : \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_ Apt. \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección para enviarle correo: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino Femenino Teléfono de su casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Numero de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: mes \_\_\_\_ día \_\_\_\_ año \_\_\_\_

Empleador del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**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 presenter 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: \_\_\_\_\_