



Midwest Health Partners, P.C.
FAMILY MEDICINE & CONVENIENT CLINIC
 1410 North 13th St Norfolk, NE 68701 402-371-0123

Si no tiene comprobante de seguro, deberá pagar el total hoy. Si tiene seguro, pagará su copago o un mínimo del servicio de hoy (20%). Presentaremos su reclamación a su compañía de seguros

FECHA: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

ESTADO CIVIL: **SOLTERO CASADO DIVORCIADO VIUDO**

APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____ MI: _____ NOMBRE ANTERIOR: _____

DIRECCIÓN FISICA: _____ APT: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO: _____

DIRECCIÓN DE CORREO: _____ APT: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO: _____

TELÉFONO DE CASA: (_____) _____ CELULAR: (_____) _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

SEGURO SOCIAL #: _____ FECHA DE NACIMIENTO: Mes ____ Dia ____ Año ____ EDAD: _____ SEXO: _____

EMPLEO: _____ TELÉFONO DEL EMPLEADOR #: (_____) _____

PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO

MADRE PADRE PADRASTRO/MADRASTRA GUARDIÁN

APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____ MI: _____

DIRECCIÓN: _____ APT: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO: _____

TELÉFONO DE CASA: (_____) _____ CELULAR: (_____) _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

SEGURO SOCIAL #: _____ FECHA DE NACIMIENTO: Mes ____ Dia ____ Año ____ EDAD: _____ SEXO: _____

EMPLEO: _____ TELÉFONO DEL EMPLEADOR #: (_____) _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

MADRE PADRE PADRASTRO/MADRASTRA GUARDIÁN

APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____ MI: _____

DIRECCIÓN: _____ APT: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO: _____

TELÉFONO DE CASA: (_____) _____ CELULAR: (_____) _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

SEGURO SOCIAL #: _____ FECHA DE NACIMIENTO: Mes ____ Dia ____ Año ____ EDAD: _____ SEXO: _____

EMPLEO: _____ TELÉFONO DEL EMPLEADOR #: (_____) _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE DEL FAMILIAR: _____ RELACIÓN: _____ TELÉFONO #: (_____) _____

NOMBRE DE AMIGO: _____ TELÉFONO #: (_____) _____