



Oficina de Lancaster:
810 Plaza Boulevard
Lancaster, PA 17601
Oficina 717-394-5088
Fax 717-394-5590

Oficina de Ephrata:
561 W. Trout Run Road
Ephrata, PA 17522
Oficina 717-733-4891
www.TheENTCenterpa.com

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Raza: _____ Etnia: _____ Estado civil: _____

Número de seguridad social: _____ Idioma preferido: _____ Teléfono principal: _____

Teléfono alternativo: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Empleador: _____ ¿El paciente es un estudiante? _____ Nombre de la universidad: _____

Médico de cabecera: _____ Médico que deriva: _____

Motivo de la cita: _____

Fecha de los primeros síntomas: _____ ¿La afección está relacionada al trabajo? _____ ¿Accidente? _____

Si el PACIENTE es un MENOR, por favor completar lo siguiente:

Nombre de la madre: _____

Nombre del padre: _____

Dirección de la madre: _____

Dirección del padre: _____

Empleador de la madre: _____

Empleador del padre: _____

Teléfono de la madre: _____

Teléfono del padre: _____

SI SU PLAN DE SEGURO REQUIERE UNA DERIVACIÓN, POR FAVOR ASEGÚRESE DE OBTENER SU DERIVACIÓN ANTES DE SU CITA. NOTIFIQUE A NUESTRA OFICINA INMEDIATAMENTE CUALQUIER CAMBIO EN SU SEGURO.

Por favor proporcione su tarjeta de seguro e identificación con foto a nuestra oficina al momento de su cita

Seguro primario: _____ Nombre del titular de la póliza: _____

Dirección del seguro: _____ Número de seguro social (SSN) del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Número de identificación: _____ Empleador del titular de la póliza: _____

Número de grupo/póliza: _____

Seguro secundario: _____ Nombre del titular de la póliza: _____

Dirección del seguro: _____ Número de seguro social (SSN) del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Número de identificación: _____ Empleador del titular de la póliza: _____

Número de grupo/póliza: _____

Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare/otras compañías de seguros por cualquier servicio prestado por The ENT Center se haga para mi, o en mi nombre para The ENT Center. Autorizo a cualquier poseedor de mi información médica relacionada a divulgar cualquier información necesaria para determinar estos beneficios, pagaderos a servicios relacionados, a la Administración de Financiamiento de Cuidados de la Salud y a sus agentes.

Firma: _____ Fecha: _____