



Pedro P. Llana MD, P.A.

¡Bienvenidos a Nuestra Práctica!

Por favor haga clic para contestar e ingresar texto.

Fecha: _____ Número de Expediente: _____ (Oficina lo llena)

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Social: _____ Edad: _____ Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

País: _____ Correo Electrónico: _____

Teléfonos de: Casa (____) ____ - _____ Trabajo: (____) ____ - _____ Móvil (____) ____ - _____ Fax: (____) ____ - _____

Dirección (Otra): _____ Ciudad: _____ Estado/Provincia: _____

País: _____ Código Postal: _____ Correo Electrónico: _____

Teléfonos de: Casa (____) - _____ - _____ Trabajo: (____) - _____ - _____ Móvil: (____) - _____ - _____ Fax: (____) ____ - _____

En caso de emergencia: _____ Numero de contacto de emergencia: (____) - _____ - _____

Persona responsable por la cuenta (si es diferente al paciente): _____ Relación al paciente: _____

Dirección: _____ Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Medico Primario: _____ Teléfono: (____) - _____ - _____

Información de seguro primario: Nombre del seguro: _____

Nombre de la persona asegurada: _____ Fecha de Nacimiento del asegurado: _____

Relación con el asegurado Yo Esposo/a Hijo/a Otro _____

Empleo: _____ Status de Empleo: Tiempo Completo Tiempo Parcial Retirado/a N/A

Escuela: _____ Status Estudiante: Tiempo Completo Tiempo Parcial Retirado/a N/A

Dirección de Empleo/Escuela: _____

***** COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO ES NECESARIA EN CADA VISITA PARA VERIFICAR SU SEGURO. ADEMÁS, SE LE REQUIERE UNA TARJETA DE IDENTIFICACION OFICIAL QUE CONTenga SU FOTO*****

Fecha: _____ Firma del Paciente o Guardián del Paciente: _____