

# Bienvenido

## MATRÍCULA DEL PACIENTE



INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre de Paciente		Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
Dirección		Número de Seguro	
Ciudad		Estado	Código postal
Número de licencia	Estado	Teléfono	
Correo electrónico		Cellular	
Doctor Cabecera		Teléfono	
Contacto de emergencia		Teléfono	
¿Cómo sabe acerca del dispensario Texas Injury Clinic?			
INFORMACION DE EMPLEADOR			
Compañía		Teléfono	
Dirección		Fax	
Ciudad		Estado	Código postal
Nombre de supervisor		¿Informado al Supervisor? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Representante médico		Teléfono	
Descripción del puesto			
GARANTE - PARTIDO RESPONSABLE			
Nombre	Relacion	Número de Seguro	Fecha de Nacimiento
Dirección		Teléfono	Cellular
INFORMACION DE SU HERIDA			
Fecha de Herida	Tipo de la Herida: <input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Deporte <input type="checkbox"/> Otro		
¿Quería usted ayuda a encontrar a un abogado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
INFORMACION DE ASEGURADO – PLAN DE SALUD O AUTO			
Compañía		Numero de Reclamo	
Dirección		Numero de Grupo	
Ciudad		Estado	Código postal
Ajustador		Teléfono	
		Fax	
INFORMACION DE ABOGADO			
Nombre		Teléfono	
Dirección		Fax	
Ciudad		Estado	Código postal
¿Hay un Reporte del Accidente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

AUTORIZO MI SEGURO BENEFITS PARA SER PAGADO DIRECTAMENTE AL DISPENSARIO DE TEXAS INJURY CLINIC. ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE CUALQUIER EQUILIBRIO. AUTORIZO DISPENSARIO DE TEXAS INJURY CLINIC O MI COMPAÑIA DE SEGUROS PARA LIBERAR CUALQUIER INFORMACION REQUIRO A PROCESAR MI RECLAMO.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Guardián legal del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del Paciente o Guardián legal del Paciente