

# R Family Medical Group

## Here To Serve Your Family

Fecha: \_\_\_\_\_ **FORMA DE INFORMACION DEL PACIENTE**

**NOMBRE DE PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_  
 Apellido Nombre Segundo SEXO: \_\_\_ M \_\_\_ F

**DIRECCION:** \_\_\_\_\_  
 Ciudad Estado Codigo Postal

**CASA DE TELEFONO:** \_\_\_\_\_ **CELULAR:** \_\_\_\_\_ **SEGURO SOCIAL:** \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL:** SOLTERO/A CASADO/A PAREJA DOMESTICO/A DIVORCIADO/A VIUDO/A SEPARADO/A

**CORREO ELECTRONICO:** \_\_\_\_\_

**PHARMACIA:** \_\_\_\_\_ **TELEFONO:** \_\_\_\_\_

**DIRECCION DE FARMACIA:** \_\_\_\_\_  
 Ciudad Estado Codigo Postal

**INFORMACION DE EMPLEO**

**EMPLEADOR:** \_\_\_\_\_ **TELEFONO:** \_\_\_\_\_

**DIRECCION:** \_\_\_\_\_

**INFORMACION ESPOSO**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**TELEFONO de TRABAJO:** \_\_\_\_\_ **CASA:** \_\_\_\_\_ **CELULAR:** \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA or PERSONA RESPONSABLE (SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 ANOS)**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **RELACION:** \_\_\_\_\_

**DIRECCION:** \_\_\_\_\_

**TELEFONO de TRABAJO:** \_\_\_\_\_ **CASA:** \_\_\_\_\_ **CELULAR:** \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL SEGURO: Una copia de su tarjeta de seguro y licencia de manejar (photo ID) se requiere**

**INFORMACION DEL SEGURO PRIMARIO**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE ASEGURADO:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**POLIZA #** \_\_\_\_\_

**GRUPO #** \_\_\_\_\_

Revised 11/12/15

**INFORMACION DEL SEGURO SECUNDARIO**

**NAME:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE ASEGURADO:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**POLIZA #** \_\_\_\_\_

**GRUPO #** \_\_\_\_\_

3110 Nogalitos Ste. 105  
 San Antonio, TX 78225  
 Phone: 210-533-0257  
 Fax: 210-531-9488

2 Spurs Lane, Bldg. 6 Ste. 100  
 San Antonio, TX 78240  
 Phone: 210-561-8169  
 Fax: 210-561-8178

# R Family Medical Group

## Here To Serve Your Family

### AUTORIZACION DE COMUNICACION- FAVOR DE COMPLETAR

Estamos comprometidos a proporcionar una comunicación privada y eficiente con usted. Por favor, indique el método(s) preferido de contacto, si necesitamos comunicarnos con usted por teléfono con respecto a su nombramiento, resultados, seguro, y/o el balance(s) del paciente/cuenta. Coloque una X en la casilla correspondiente(s).

- Casa     mensaje a devolver llamada     mensaje detallado (resultados, tratamiento)     NO mensaje     mensaje de voce     un individuo  
 Trabajo     mensaje a devolver llamada     mensaje detallado (resultados, tratamiento)     NO mensaje     mensaje de voce     un individuo  
 Celular     mensaje a devolver llamada     mensaje detallado (resultados, tratamiento)     NO mensaje     mensaje de voce     un individuo

En ciertos casos, puede ser necesario comunicarse por correo electrónico.     Si –correo electrónico     No – correo electrónico

---

### **Liberación de la política de Información– Por Favor Lee**

---

Por la presente autorizo a David A. Ramos, M.D., P.A., dba R Family Medical Group de utilizar y/o divulgar mi información de salud que me identifica específicamente o que razonablemente se puede utilizar para identificarme para llevar a cabo mi tratamiento, pago y otros servicios de salud. Mi información de salud protegida puede ser divulgada a la siguiente persona(s):

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

Acepto que se me ha proporcionado el “Aviso de prácticas de privacidad” de *David A. Ramos, M.D., P.A., dba R Family Medical Group*. Acepto que he completado esta forma y certifico que soy el paciente o debidamente autorizado para terminar la información solicitada.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

Revised 11/12/15

3110 Nogalitos Ste. 105  
San Antonio, TX 78225  
Phone: 210-533-0257  
Fax: 210-531-9488

2 Spurs Lane, Bldg. 6 Ste. 100  
San Antonio, TX 78240  
Phone: 210-561-8169  
Fax: 210-561-8178