

OLINA E. HARWER, M.D., F.A.A.F.P. / PARTNERS IN HEALTH

32241 Camino Capistrano, Suite A105 San Juan Capistrano, CA 92675

Phone: (949)661-6555 Fax: (949)661-8269

Fui referido por: _____ Fecha: _____

INFORMACION DEL PACIENTE E-Mail Address: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F Seguro Social: _____

Estado Civil: C S V D Licencia de Manejar: _____ Exp _____ Estado: _____

Telefono: _____ Tel de Trabajo: _____ Ext _____ Cel#: _____

Direccion: _____

Ciudad/Estado/Zip: _____

INFORMACION DEL PADRE O MADRE *(Esta informacion debe ser anotada si el paciente es MENOR DE 18 ANOS)*

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F Seguro Social: _____

Estado Civil: C S V D Licencia de Manejar: _____ Exp _____ Estado: _____

Telefono: _____ Tel de Trabajo: _____ Ext _____ Cel#: _____

Direccion: _____

Ciudad/Estado/Zip: _____

Relacion con el Paciente: _____

INFORMACION DE PRIMERO SEGURO: *Tipo: PPO HMO POS Medicare CalOptima MediCal
Workers'Comp*

Nombre de Seguro: _____

Direccion: _____

Telefono#: _____

ID#: _____ Grupo# _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relacion con el Paciente: _____

**INFORMACION DE SEGUNDO SEGURO: Plan Type: PPO HMO POS Medicare CalOptima MediCal
Workers'Comp**

Nombre de Seguro: _____

Direccion: _____

Telefono#: _____

ID#: _____ Grupo# _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relacion con el Paciente: _____

**NOMBRE DE UN PARIENTE QUIEN NO VIVE CON UD O OTRA PERSONA PARA NOTIFICAR
EN CASO DE EMERGENCIA**

Nombre: _____ Telefono: _____

Direccion: _____

Ciudad/Estado/ZIP: _____

DECLARACION DE POLIZA

Consiento y autorizo el tratamiento como sea necesario para el cuidado del paciente dado previamente en la parte superior de este formulario, por el medico o turno en esta oficina y; el tratamiento llevado acabo por el mismo, enfermera o persona calificada y encomendada por el medico. Concuerto en pagar las duedas mias y de mi familia en damanda de cuenta, salvo agreglos de credito hechos por mi previamente al tratamiento. Entiendo que el pago vence al render servicios por el medico y dichos cobros son mi responsibilidad. Por otra parte, entiendo que el cobro enviado ami aseguranza es mi responsibilidad pago a esta oficina no sera. Retrazado o detenido por retrazo de reemboloso a mi.

_____ Date: _____

Firma del Paciente or Tutor