



- 2600 N. Gessner, Ste. 150, Houston, TX 77080
- 5630 E. Sam Houston Pkwy N., Houston, TX 77015
- 1336 Pin Oak Road, Katy, TX 77494

### INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ No. Seg. Soc. \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
Primer Nombre                      Inicial                      Apellido

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo:  M  F  Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Divorciado

Direccion de Domicillo: \_\_\_\_\_ Telefono de casa: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Codigo: \_\_\_\_\_ Telefono de celular: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

¿Es el paciente un menor?  Si  No Si si, cria/nombre de guardian: \_\_\_\_\_

¿En caso de emergencia, a quien deberiamos llamar? \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Correo electronico: \_\_\_\_\_

¿Persona/personas que podemos agradecer por la recomendacion? \_\_\_\_\_

### ASEGURANZA PRIMARIA

Asegurado principal: \_\_\_\_\_

Direccion de Domicillo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Codigo: \_\_\_\_\_

Relacion al paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ No. Seg. Soc. \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

¿Tiene seguro secundario?  Si  No Si, Si nombre y fecha de nacimiento de asegurado: \_\_\_\_\_  
Por favor copia de tarjeta de seguridad.

### COMPENSACION DEL TRABAJO

Tipo de accidente: ¿Del Trabajo?  Si  No Fecha de su accidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Reclamo #: \_\_\_\_\_ Ajustador: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Empleador durante el accidente: \_\_\_\_\_ Telefono de trabajo: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Direccion del trabajo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Codigo: \_\_\_\_\_

### GARANTIA DE ABOGADO

Tipo de accidente:  Trabajo  Auto  Otro tipo Fecha de su accidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre de su abogado: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Direccion de abogado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Codigo: \_\_\_\_\_

Houston MRI ha aceptado su letra de la proteccion contra su abogado. La letra de la proteccion que su abogado ha proporcionado postpone solamente el pago de estos servicios a la epoca de establecimiento de su caso. Estas corgas necesitaran ses pagodas por complete y son en su responsibilidad.

### COMPLACIENCIA DE HIPPA

He leido y entiendo el document de la praticia de la aislamiento de HIPPA. Una copia sera proporcionada por mi requerimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona responsable                      Escriba el nombre                      Relacion al paciente                      Fecha