

LA CLINIQUE SOLEIL/HOLLYWOOD MEDICAL CLINIC - 750 S. FEDERAL HWY, HOLLYWOOD, FL			
Por favor responda a TODAS las preguntas por favor ESCRIBA CLARO Gracias			
Información del Paciente		Pt Chart No/Office Use:	
Apellido:			
Primer Nombre:		Seguro Social#:	
Origen Etnico:		Idioma Principal:	
Fecha de Nacimiento:		Edad:	Sex: M / F
Estado Civil: S C D V			
Dirección de la Residencia Permanente:			
Ciudad	Estado	Código Postal:	
No. de teléfono:			
No. de celular:			
Dirección en la Florida(si esta de vacaciones):			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Parientes más cercanos:		No. de teléfono:	
FECHAS DE VIAJE	Fecha de llegada	Fecha de Regreso	
	/ /	/ /	
Razón médica para su visita de hoy:			
Compañía de seguros			
Número de póliza:		Grupo#:	
Autorización para la Divulgación de Información			
Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otra índole necesarias para el proceso de reclamo de seguro(s) derivados de mi tratamiento(s) recibido en La Clinique Soleil & Urgent Care Center			
Firma del paciente ó persona autorizada		Fecha	
Asignación de Beneficios			
Por la presente autorizo el pago de beneficios médicos directamente al médico / La Clinique Soleil & Urgent Care Center para los servicios médicos prestados.			
Firma del paciente ó persona autorizada		Fecha	
Como se dio cuenta de la clinica?	Amigo	Aseguranza	Internet
Páginas Amarillas/blancas		Otro	