

UGNJ
UROLOGY GROUP OF NEW JERSEY, LLC
FORMULARIO DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ N.º de Seguro Social: _____

Domicilio: _____

Ciudad/Estado/Código postal _____

Números de teléfono: Particular _____ Laboral _____ Celular _____

Estado Civil (Marcar con un círculo): Casado Viudo Divorciado Soltero

Nombre del padre / tutor (en caso de ser menor): _____

Empleador del paciente: _____

Domicilio del empleador: _____

Nombre del cónyuge (si corresponde): _____

Domicilio del cónyuge (si es diferente del anterior): _____

Contacto en caso de emergencia: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO

Compañía de seguro principal: _____

N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____

Nombre del suscriptor / persona asegurada: _____ Fecha de nacimiento: _____

N.º de Seguro Social del suscriptor: _____ Relación con la persona asegurada: _____

CONSULTE EL REVERSO DEL FORMULARIO

Compañía de seguro secundaria: _____

N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____

Nombre del suscriptor / persona asegurada: _____ Fecha de nacimiento: _____

N.º de Seguro Social del suscriptor: _____ Relación con la persona asegurada: _____

MÉDICO PRIMARIO Y MÉDICO QUE REALIZA DERIVACIÓN

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Domicilio del médico de atención primaria: _____

Médico que realiza derivación: _____ Teléfono: _____

Domicilio del médico que realiza derivación: _____

INFORMACIÓN DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES DE TRABAJO (si corresponde)

Seguro de indemnización por accidentes de trabajo: _____

N.º de reclamación: _____ N.º de teléfono: _____
