



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

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ NSS: _____

Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Dirección: _____

Ciudad/estado/código postal _____

Números de teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Estado civil (marque uno): Casado Viudo Divorciado Soltero

Tiene una instrucción anticipada: Sí _____ No _____

Nombre del padre de familia/tutor legal (si es menor de edad) _____

Empleador del paciente: _____

Dirección del empleador: _____

Nombre del cónyuge (si aplica): _____

Dirección del cónyuge (si es diferente de la anterior): _____

Contacto de emergencia: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre de la farmacia: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

VEA EL FORMULARIO EN EL REVERSO

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Compañía de seguros principal: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Nombre del suscrito/asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro social del suscrito: _____ Relación con el asegurado: _____

Compañía de seguros secundaria: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Nombre del suscrito/asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro social del suscrito: _____ Relación con el asegurado: _____

MÉDICO PRINCIPAL Y MÉDICO QUE REFIERE

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Dirección del médico de atención primaria: _____

Médico que refiere: _____ Teléfono: _____

Dirección del médico que refiere: _____

INFORMACIÓN DE COMPENSACIÓN LABORAL (si aplica)

Seguro de compensación laboral: _____

Número de reclamo: _____ Número de teléfono: _____

Firma del paciente

Fecha