



# Franciscan Healthcare

## TRAIGA UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO ACTUAL

### TARJETA DE SEGURO

\_\_\_ Foto  
\_\_\_ Copia

### PACIENTE (utilice el nombre legal)

Nombre (apellido) \_\_\_\_\_ (primer) \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_ Sexo \_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_  
Estatus Marital \_\_\_ Nombre de cónyuge \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_  
Raza \_\_\_\_\_ Idioma: Español Inglés Otro \_\_\_\_\_  
Dirección (Física, PO Box) \_\_\_\_\_  
(Ciudad, Estado, Código Postal) \_\_\_\_\_  
Teléfono (Casa) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico \_\_\_\_\_

### EMPLEO DEL PACIENTE (circule) Tiempo Completo Tiempo Parcial Cuenta Propia

Nombre de Empleador/ Nombre de Negocio \_\_\_\_\_  
Dirección (Física, PO Box) \_\_\_\_\_  
(Ciudad, Estado, Código Postal) \_\_\_\_\_  
Teléfono (Principal) \_\_\_\_\_  
Nombre de contacto (Si Compensación de trabajadores) \_\_\_\_\_

### GARANTE (utilizar nombre legal) Relación de garante con el paciente \_\_\_\_\_

Nombre (último) \_\_\_\_\_ (primero) \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Seguro Social - \_\_\_\_\_  
Dirección (Física, PO Box) \_\_\_\_\_  
(Ciudad, Estado, Código Postal) \_\_\_\_\_  
Teléfono (Inicio) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE EMPLEO DEL ASEGURADOR

Asegurado \_\_\_\_\_  
Nombre de empleador/ Nombre de Negocio \_\_\_\_\_  
Dirección (Física, PO Box) \_\_\_\_\_  
(Ciudad, Estado, Código Postal) \_\_\_\_\_  
Teléfono (principal) \_\_\_\_\_