

**JAMES R. DETTLING,MD**

**Gener** Mujer\_\_\_ Hombre\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre

Domicilio: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_Codigo Postal \_\_\_\_\_

Numero de Telfono( ) \_\_\_\_\_ Trabajo( ) \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social - - \_\_\_\_\_ Numero de Licencia \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Casado\_\_\_ Soltero\_\_\_ Viudo\_\_\_ Divorciado\_\_\_

Empleo \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_ Cuanto Tiempo \_\_\_\_\_

Domicilio de Empleo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_Codigo \_\_\_\_\_

**Informacion de Padre O Conyuge**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_Codigo \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: - - \_\_\_\_\_ Empleo \_\_\_\_\_ Telefono( ) \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia**

Nombre/ \_\_\_\_\_ /Telefono: \_\_\_\_\_

Usted es representado por abogado? Nombre y numero de tel. de abogado \_\_\_\_\_

Accidente Si No Relacionado a Trabajo Si No Fecha de Herida \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Parte del Cuerpo Afectado \_\_\_\_\_ Derecha o Izquierda Radigrafias Si No

Atendio cuarto de Emergencia? Si \_\_\_ No\_\_\_ Donde \_\_\_\_\_ Cuando \_\_\_\_\_

**Seguro Primaria** Relacion a Suscriptor Mismo\_\_\_ Conyuge\_\_\_ Hijo(a)\_\_\_ Otro\_\_\_

Nombre de Seguro \_\_\_\_\_ Telefono( ) \_\_\_\_\_ **PPO HMO W/C PVT**

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_Codigo \_\_\_\_\_

Numero de Indentificacion de Suscriptor \_\_\_\_\_ Numero de Grupo \_\_\_\_\_

**Seguro Secundaria** Relacion a Suscriptor Mismo\_\_\_ Conyuge\_\_\_ Hijo(a)\_\_\_ Otro\_\_\_

Nombre de Seguro \_\_\_\_\_ Telefono( ) \_\_\_\_\_ **PPO HMO W/C PVT**

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_Codigo \_\_\_\_\_

Numero de Indentificacion de Suscriptor \_\_\_\_\_ Numero de Grupo \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Firma de Paciente** \_\_\_\_\_