

## FORMULARIO PARA SOLICITAR INFORMACIÓN DE REGISTRO

Además de este formulario, le agradecemos que proporcione una copia de la tarjeta del seguro médico actual del paciente

Información del paciente				
Nombre				
# de seguridad social				
Fecha de nacimiento		Género		Etnia
Domicilio - calle				
Ciudad, estado, código postal				Condado
Número telefónico				

Información del empleador			
Nombre del empleador			
Domicilio del empleador			
Ciudad, estado, código postal			
Work Comp Carrier's (WCC) Name		WCC's Phone	
Work Comp Carrier's Case #		Date of Injury	

Información del padre/tutor/persona responsable				
Padre/Tutor/Persona responsable (si no es el paciente)		# de seguridad social		
Domicilio del Padre/Tutor/Quien se responsabiliza				
Ciudad, estado, código postal				
Tel. en casa		# celular/otro		Fecha de nacimiento

Por favor, solicite los datos siguientes de los pacientes con CHAMPUS/TRICARE			
Estación de guardia del auspiciador		# de seguridad social	
Sucursal de servicio del auspiciador			
Situación del auspiciador	Guardia activa <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/>		
Grado/Rango del auspiciador			
Ciudad, estado, código postal			

Información del seguro médico #1			
Nombre del seguro médico			
# de partida (Cert)		# de grupo	
Domicilio de la cía. aseguradora			
Ciudad, estado, código postal			
# telefónico de la cía. aseguradora			
Suscriptor		# de seguridad social	
Parentesco con el paciente		Fecha de nacimiento	

Información del seguro médico #2			
Nombre del seguro médico			
# de partida (Cert)		# de grupo	
Domicilio de la cía. aseguradora			
Ciudad, estado, código postal			
# telefónico de la cía. aseguradora			
Suscriptor		# de seguridad social	
Parentesco con el paciente		Fecha de nacimiento	