

# PREMIER MEDICLINIC

**Ubicaciones e las Clinicas:**  
**4101 S. Shary Rd. Suite 101-A Mission, Texas 78572 Phone: (956) 583-8889 • Fax: (956) 583-8820**  
**801 East Nolana Suite 7 McAllen, Texas 78504 Phone: (956) 687-8120 • Fax:(956) 686-7793**

Gracias por elegir nuestra clinica. Quien lo recomendo con nosotros?

PATIENT INFORMATION

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Femenino Masculino Soltero(a) Casado(a) Divorciado Viudo(a) SS # \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Licencia Manjear \_\_\_\_\_ Telefono (casa) \_\_\_\_\_ Telefono del trabajo \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Tiene Seguro Medico? Si No Si NO., Como intenta pagar? Cheque Effectivo T. Credito

RESPONSIBLE DE LA CUENTA

Nombre de Espos(a) \_\_\_\_\_ F. Nacimiento \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Nombre del trabajo del Espos(a) \_\_\_\_\_ Telefono de trabajo \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

INFORMACION DE SU SEGURO

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ F. Nacimiento \_\_\_\_\_

Compania donde Trabajo \_\_\_\_\_ Telefono del Trabajo \_\_\_\_\_

Domicilio donde Trabajo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Compania de Seguro \_\_\_\_\_ Numero de Poliza \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Domicilio del Seguro \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Tiene usted otro seguro? Si No Escaso que si favor de contestar lo siguiente:

Nombre del Asegurando \_\_\_\_\_ F. Nacimiento \_\_\_\_\_

Compania donde Trabajo \_\_\_\_\_ Telefono del Trabajo \_\_\_\_\_

Domicilio donde Trabajo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Compania de Seguro \_\_\_\_\_ Numero de Poliza \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Domicilio del Seguro \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_

Numero de Medicare \_\_\_\_\_ Numero de Medicaid \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, necesitamos un Numero de Telefono diferente al de su casa v/o trabajo ya sea el de un vecino, pariente, familiar or amigo:

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**ASIGNACION DE BENEFICIOS DE SEGURO  
 PERMISO DE TRATAMIENTO**

Por la presente autorizo el pago de beneficios de seguro do otro modo pagaderos a mi, directamente al doctor; ademas, autorizo a que se me de tratamiento en este consultorio. En caso de que mi seguro no cubre mis visitas o surgia(s) de Shahid Rashid, M.D.; entiendo que tengo responsibilidad de pagar por los servicios. Tambien autoizo dar a conocer cualquier informacion conerniente al cuidado de mi salud, consulta y tratamiento proporcionado, con el proposito de evaluar y administrar para asegurar los beneficios de seguro. He recibido una copia de Aviso de Privacidad y he tenido la oportunidad de objetar el dar a conocer me informacion protegida de salud. Doy permiso para que una copia de esta Autorizacion sea usada como original.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_