**BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA**

Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**GREATER ORLANDO PSYCHIATRIC ASSOCIATES, P.A.**

1417 N Semoran Blvd. Ste 203, Orlando, FL 32807 Office (407) 206-1106

**INFORMACION DEL PACIENTE**

| Nombre: | | | Numero de Seguro Social: | | | | Fecha de  Nacimiento: | Estado Civil :   * Soltero * Casado | * Viudo * Divorciado | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Direccion: | | | Numero de  Apartamento: | | Ciudad: | | |  | Estado: | Codigo  Postal: |
| Telefono de casa: | | Telefono de Trabajo: | | | | Numero de Celular: | | | | |
| Ocupacion/Estudiante  FT/PT | Es usted mayor de 18 años de edad?  Si No | | | Si usted no es mayor de 18 años, El padre o Guardian debera firmar estos documentos para consentir el tratamiento y responsabilidad finaciera. | | | | | | |

**INFORMACION DEL PADRE O GUARDIAN** *(Requerido si el paciente es menor de edad)*

| Nombre: | Numero de Seguro Social: | | Fecha de  Nacimiento: | Telefono durante el dia: | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Direccion: (Si es diferente a la del paciente) | Numero de  Apartamento: | Ciudad: | | Estado: | Codigo  Postal: |

**INFORMACION DE SEGURO**

| Tiene Seguro Medico?  Si No | Tipo de Seguro:  HMO Medicare Medicaid PPO Compensacion de Trabajador Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Seguro Primario: | | Numero de Poliza: | | | Numero de Grupo: | | | Numero de Autorizacion: | |
| Direccion de la Compañia de Seguro: | | | Telefono de la Compañia de Seguro: | | | | Relacion con el Asegurado:  Usted mismo Esposo Hijo Otro\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Nombre del Asegurado: | Fecha de  Nacimiento: | | Numero de Seguro Social: | | | Direccion si difiere a la del paciente: | | | |
| Es la poliza por medio de su empleador? Si No | Nombre de su Empleador: | | | Direccion de su Compania de Trabajo: | | | | | |
| Seguro Secundario?  Si No | Nombre de su Seguro  secundario: | | | Numero de Poliza: | | | | | Numero de Grupo: |
| Direccion de reclamaciones del Seguro Secundario: | | | Telefono del Seguro  secundario: | | | | Relacion con el asegurado:  Usted mismo Esposo Hijo Otro\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

**INFORMACION CLINICA**

| Alergias conocidas: | Medico Primario: | | | Telefono de su Medico Primario: |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Contacto en caso de Emergencia: | | Relacion con el Paciente: | Telefono: | |
| Cual es su sintoma principal ? | | | | |

Yo declaro que toda la informacion anterior es cierta y autorizo a esta oficina dar la informacion necesaria a mi compañia de seguro. Yo comprendo y acepto la responsabilidad de lo cargos necesarios independientemente de la cobertura de seguro.

Firma del Paciente o Guardian \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_