**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_