



Auxilio Mutuo

El Gran Hospital de Puerto Rico



INFORMACIÓN DEL PACIENTE
(Para propósito de Facturación)

FECHA: _____

RELEGIÓN: _____

NOMBRE: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

DIRECCION POSTAL: _____
ZIP CODE _____

DIRECCION RESIDENCIAL: _____
ZIP CODE _____

TELEFONO RESIDENCIAL: _____ TRABAJO/CELULAR _____

ESTADO CIVIL: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE Y DIRECCION DEL TRABAJO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ MES DIA AÑO EDAD: _____ RELIGIÓN: _____

ALERGICO A _____ NOMBRE DE LA MADRE: _____

RECIBIO MEDICARE POR: () EDAD () INCAPACIDAD () FALLO RENAL () RETIRO

FECHA PRIMERA DIALISIS _____ MES DIA AÑO FECHA PRIMER TRASPLANTE _____ MES DIA AÑO

FUMA: () SI () NO TIENE DIRECTRICES ADELANTADAS: () SI () NO

NOMBRE DEL PLAN MEDICO: _____

CONTRATO: _____ **# DE GRUPO:** _____

NOMBRE DEL ASEGURADO PRINCIPAL: _____

PARENTESCO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE Y DIRECCION DEL TRABAJO: _____

TELEFONO RESIDENCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
MES DIA AÑO

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

NOMBRE: _____ RELACION CON EL PACIENTE: _____

TELEFONO RESIDENCIAL: _____ TRABAJO/CELULAR _____

DIRECCION: _____