



*Ever Clinic*

Fecha		Doctor Primario	
Referido por		Razón de la Visita	

**Información Básica del Paciente**

Nombre		Numero De Seguro	
Direccion			
Ciudad		Estado	Codigo Postal
Numero de Celular		Numero de Casa	Número de Trabajo
Correo Electronico			

Medical Decision Maker	Nombre		Relacion	
Método de Contacto Preferido	<input type="checkbox"/> Llamada Telefonica <input type="checkbox"/> Correo Electronico <input type="checkbox"/> Mensaje De Texto			

**Farmacia**

Nombre		Direccion	
--------	--	-----------	--

**Información de aseguranza**

Nombre de la persona asegurada		Fecha de Nacimiento	
Relacion			
<b>Aseguranza Primaria</b>			
Numero de ID		Numero de Grupo	
<b>Aseguranza Secundaria</b>			
Numero de ID		Numero de Grupo	

*Entiendo y reconozco que soy responsable de informarle a Grand Vein Specialists, Ever Clinic de cualquier cambio en mi información demográfica y/o aseguranza antes de mi cita. Entiendo que el no proveer esta información puede causar problemas de pagos de mi aseguranza y puede resultar en cargos directos a mi cuenta de los que sería responsable yo.*

\_\_\_\_\_  
Patients Signature

\_\_\_\_\_  
Date