



Southern Texas Physicians Network
100 E Alton Gloor Blvd., Building B, Ste 260
Tel: (956)350-3901 Fax: (956)350-3900

Jaime F. Villarreal, M.D.
Dominique Vande Maele, M.D. F.A.C.S
Edgar Moncada, M.D.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre _____ Seguro Soc. # _____
Apellido Nombre

Direccion _____ **EMAIL:** _____

Ciudad _____ **Pais** _____ **Codigo Postal** _____

Sexo M F **Edad** _____ **Fecha de nacimiento** _____

Soltero (a) Casado (a) Viudo (a) Separado (a) Divorciado (a)

Estado de empleo _____ Ocupacion _____

Tel. de Casa _____ **Tel. del trabajo** _____ **Celular** _____

A quien le damos las gracias por su referencia? _____

En caso de emergencia, quien debe ser notificado? _____ **Telefono** _____

SEGURO PRIMARIO

Seguro Primario _____ Tel del Seguro # _____

Direccion del Seguro: _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____

Identificacion de miembro #: _____ Grupo # _____ Fecha de vigencia: _____

Tipo de plan: _____ (i.e. HMO) Deducible: \$ _____ Co-Pago: \$10 \$15 \$20 \$25 \$30 \$35 \$40 \$45

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro del Empleado: _____ Seguro Social #: _____

Relacion con el Asegurado: _____ Tel. de Casa # _____ Celular# _____

Lugar de empleo _____ Ocupacion _____

Direccion del Negocio _____ Tel del Negocio _____

SEGURO ADICIONAL

Seguro Secundario CO _____ Identificacion de Miembro#: _____

Direccion de la Aseguransa: _____ Pais _____ C. Postal _____

Identificacion del miembro #: _____ Grupo # _____ Fecha de vigencia: _____

Nombre del Asegurado _____ Relacion con Asegurado _____

Asignacion de Beneficios:

Yo autorizo a STPN para llevar a cabo los procedimientos y el tratamiento, incluida la administración de medicamentos y anestésicos locales, así como de otros procedimientos quirúrgicos y médicos que puedan ser necesarios. Yo autorizo la publicación de cualquier información médica necesaria para procesar un reclamo. Yo autorizo el pago directo a STPN prestaciones de seguros de cualquier otro modo pagadero a mí. Yo entiendo que soy responsable por el pago completo de los servicios prestados por STPN si no estoy cubierto por el seguro del plan. Yo soy responsable de los gastos no cubiertos, los co-pagos y co-seguros que no están cubiertos por la compañía de seguros. Yo autorizo el pago de cualquier beneficio asignado a: STPN, 100B Alton Gloor Blvd., Suite 260, Brownsville, TX 78526

Firma

Fecha