



Indiana Office-Based Anesthesia

3750 Guion Road, Suite 225

Indianapolis, IN 46222

p: 317.924.2390

f: 317.924.2391

www.indyoba.com

INFORMACION DEL PACIENTE

APELLIDO _____ NOMBRE _____ EDAD _____ SI SEGUNDO NOMBRE, INICIAL _____

SEXO: HOMBRE FECHA de NACIMIENTO ____/____/____ NUMERO de SEGURO ____ - ____ - ____
 HEMBRA

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO _____

TELÉFONO de CASA () _____ - _____ TELÉFONO de NEGOCIO () _____ - _____ EXT. _____

NOMBRE de EMPLEADOR _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO _____

REFERIDO POR: _____

MEDICO _____ TELÉFONO () _____ - _____

CASADO (A) SOLTERO (A) DIVORCIADO (A)
 SEPARADO (A) ENVIUDADO (A) SEPARADO (A)

NOMBRE de EXOSO (A) _____

EMPLOEADOR de EXOSO (A) _____ TELÉFONO () _____ - _____

QUIEN SERA RESPONSIBLE DE SU CUENTA ?

USTED ESOSO (A) MADRE PADRE OTRO

INFORMACION DE PADRE O TUTOR LEGAL (SI PACIENTE ES MENOR DE EDAD)

NOMBRE de PADRE _____ NUMERO de SEGURO ____ - ____ - ____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO _____

NOMBRE de EMPLEADO _____ TELÉFONO () _____ - _____

NOMBRE de MADRE _____ NUMERO de SEGURO ____ - ____ - ____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO _____

NOMBRE de EMPLEADO _____ TELÉFONO () _____ - _____