



CENTER OF THE HEART
Edward R. Assi DO·PA
FACC · FSCAI BOARD CERTIFIED IN CLINICAL AND
INTERVENTIONAL CARDIOLOGY

P:915.577.9009
F:915.577.9006
1700 Cliff Bldg. A Ste. 200
El Paso, TX 79902

P A T I E N T - C E N T E R E D C A R D I A C C A R E

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente: (apellido) _____ (primero) _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Codigo postal: _____ Numero de telefono: _____ Estado Civil: C D V S

Lugar de Empleo: _____ Telefono de empleo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Cardiologo: _____ Doctor que le envio: _____

Nombre de esposo(a): _____ Numero de telefono si diferente: _____

Con quien nos podemos comunicar en caso de una emergencia?: _____

Domicilio: _____ Relacion al Paciente y telefono: _____

Aseguranza Primaria: _____

Domicilio: _____ Telefono: _____

Numero de Poliza: _____ Numero del Grupo: _____

Poseedor de la Poliza: _____ # De SS del poseedor: _____

Fecha efectiva: _____ Numero de Referencia: _____

Aseguranza Secundaria: _____

Domicilio: _____ Telefono: _____

Numero de Poliza: _____ Numero del Grupo: _____

Poseedor de la Poliza: _____ # De SS del poseedor: _____

Fecha efectiva: _____ Numero de Referencia: _____

Firma Del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha: _____ Numero de Cuenta _____



CENTER OF THE HEART
Edward R. Assi DO·PA
FACC · FSCAI BOARD CERTIFIED IN CLINICAL AND
 INTERVENTIONAL CARDIOLOGY

P:915.577.9009
 F:915.577.9006
 1700 Cliff Bldg. A Ste. 200
 El Paso, TX 79902

P A T I E N T - C E N T E R E D C A R D I A C C A R E

1. Por favor anote a miembros de su familia o algunas otras personas a quienes les podamos dejar information acerca de su condicion general medica, diagnosis (incluyendo tratamiento, pagos y cambios de su salud:

2. Por favor anote a miembros de su familia o personas, si tiene a quien le podamos informar en caso de una EMERGENCIA:

Nombre: _____ Telefono: _____

Nombre: _____ Telefono: _____

3. Por favor apunte el domicilio a donde quiere que se le mande sus cobros y/o correspondencia aparte de su casa:

4. Por favor apunte el numero de telefono a donde quiere recibir llamadas tocante sus citas, analisis, resultados o alguna otra informacion sobre su salud que no sea su numero telefonico:

ESTOY CONSIENTE QUE UN CELLULAR NO ES UNA LINEA SEGURA O PRIVADA

5. Se le dejaran mensajes para recordarle de sus citas en su maquina de mensajes? Si No
Su firma abajo reconoce que usted ha recibido una copia de la Noticia de Practicas y Privacidad de la oficina de Edward R, Assi, DO.

Nombre(letra en molde): _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente/representante: _____ Fecha: _____