



1380 NE Miami Gardens Dr., #210, North Miami Beach, FL 33179  
 Office: (305) 692-9009 [www.worldmedicalcare.com](http://www.worldmedicalcare.com)  
 Fax: (305) 501-4220 [info@worldmedicalcare.com](mailto:info@worldmedicalcare.com)

<b>Apellido:</b>		
<b>Nombre:</b>		
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Edad:</b>	<b>Sexo: M / F</b>
<i>Mes / Día / Año</i>		
<b>Estado Civil:</b> <input type="radio"/> Soltero/a <input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Viudo/a		
<b>E-mail:</b>		
<b>Dirección Permanente:</b>		
<b>Ciudad:</b>	<b>Pais:</b>	<b>Código Postal:</b>
<b>Número Telefónico:</b>		
<b>Cel. /Número Opcional:</b>		
<b>Dirección Local:</b>		
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código Postal:</b>
<b>Contacto de Emergencia:</b>		
<b>Nombre:</b>	<b>Teléfono:</b>	
<b>Fechas de Viaje:</b>	-	
<i>Mes / Día / Año</i>		<i>Mes / Día / Año</i>
<b>Razón Médica:</b>		
<b>Seguro Médico</b>		
<b>Nombre de Seguro:</b>		
<b>Número de Poliza:</b>	<b>Número de Grupo:</b>	
<b>Número de Autorización:</b>		
<b>Autorización para la Diseminación de Información</b>		
<small>Por la presente autorizo la divulgación de información médica necesaria, o de otro tipo, a la reclamación de información que surjan de mi tratamiento recibido en WMC Health Group.</small>		
<b>Firma del Paciente / Persona Autorizada</b>		<b>Fecha:</b> /   / <small>    Mes      Día      Año</small>
<b>Agisnación de Beneficios</b>		
<small>Por la presente autorizo el pago de beneficios médicos directamente al cuidado médico, para los servicios médicos prestados.</small>		
<b>Firma del Paciente / Persona Autorizada</b>		<b>Fecha:</b> /   / <small>    Mes      Día      Año</small>
<b>¿Como se entero de nosotros?</b> .....		