

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE****(USE LETRA DE IMPRENTA)** Dr. Sr. Sra. Srta. Jr. Senior

Nombre del paciente (Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Segundo nombre) _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Mujer Hombre Número de Seguro Social ____-____-____**Raza** Blanco Negro/Afroamericano Asiático Hispano Nativo americano Otro No lo declara**Estado civil** Casado Soltero Divorciado Viudo Separado legalmente Otro**Indique todas las instrucciones avanzadas, si las hay: (ejemplo: no resucitar/testamento vital/donante de órganos, etc.)****Número de teléfono** Domicilio _____ Día Noche Trabajo _____ Día NocheCelular _____ Idioma Inglés Español Francés/Creole Otro

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal (+4) _____

Dirección de correo electrónico _____

Empleo Empleo Estudiante a tiempo completo Estudiante a medio tiempo Jubilado Negocio propio Desempleado

Empleador _____ Ocupación _____

Nombre del contacto de emergencia _____ Número de teléfono _____

Relación con el paciente del contacto de emergencia _____

Médico de atención primaria/Nombre del proveedor de la derivación _____

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE SOLO PARA PACIENTES DE 18 AÑOS DE EDAD O MENORES

Nombre de la persona responsable (Apellido) _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

Número de Seguro Social ____-____-____ Mujer Hombre Fecha de nacimiento ____/____/____Números de teléfono Trabajo _____ Día Noche Casa _____ Día Noche

Relación del paciente con la persona responsable _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO

(presente su tarjeta de seguro en la recepción al inscribirse)

Nombre del asegurado _____ Relación del paciente con el asegurado _____

Nombre del empleador del asegurado _____

Compañía de seguros/Número de teléfono _____ (_____) _____

Identificación del suscriptor

(Número de póliza) _____ Identificación del grupo _____ Cantidad del copago _____

Fecha de vigencia _____ Fecha de vencimiento _____ Mujer Hombre

Fecha de nacimiento del asegurado ____/____/____ Número de Seguro Social del asegurado ____-____-____

Dirección de la compañía de seguros _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

(presente su tarjeta de seguro en la recepción al inscribirse)

Nombre del asegurado _____ Relación del paciente con el asegurado _____

Nombre del empleador del asegurado _____

Compañía de seguro/Número de teléfono _____ (_____) _____

Identificación del suscriptor

(Número de póliza) _____ Identificación del grupo _____ Cantidad del copago _____

Fecha vigencia _____ Fecha de vencimiento _____ Mujer Hombre

Fecha de nacimiento del asegurado ____/____/____ Número de Seguro Social del asegurado ____-____-____

Dirección de la compañía de seguros _____

Testifico que la información suministrada en este formulario es correcta y actualizada a mi más leal saber y entender.

Firma del paciente (o persona responsable) _____ Fecha _____