

## INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Nombre (s) \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_' \_\_\_\_" Peso: \_\_\_\_ lbs.

Sexo:  Masculino  Femenino Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a) Idioma: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
 Calle y Numero de Apartamento \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

<b>Teléfono</b>	<b>Privacidad</b>	<b>Contacto de Emergencia,</b>	<b>¿Podemos discutir su caso?</b>
Casa: (____) _____ - _____	<input type="checkbox"/>	Nombre: _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Trabajo: (____) _____ - _____	<input type="checkbox"/>	Relación: _____	
Celular: (____) _____ - _____	<input type="checkbox"/>	Casa: (____) _____ - _____	
Fax: (____) _____ - _____	<input type="checkbox"/>	Trabajo: (____) _____ - _____	

**Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Medio de Contacto Preferido \_\_\_\_\_**

**¿Le podríamos enviar correspondencia a su correo electrónico? (promociones, especiales, recordatorio de citas) Sí  No**

Ocupación / Compañía o Escuela: \_\_\_\_\_

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Empleado a Tiempo Completo   | <input type="checkbox"/> Empleado a Medio Tiempo   |
| <input type="checkbox"/> Estudiante a Tiempo Completo | <input type="checkbox"/> Estudiante a Medio Tiempo |
| <input type="checkbox"/> Retirado                     | <input type="checkbox"/> Otro                      |

Díganos, ¿en qué procedimientos está usted interesado(a)? \_\_\_\_\_

¿A quién deberíamos agradecer por referirlo(a) a usted? \_\_\_\_\_

**PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE POR LA CUENTA – Si es alguien diferente al paciente:**

Nombre Legal: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Lic. de Conducir # / Estado \_\_\_\_/\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
 Calle y Numero de Apartamento \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE SEGURO MÉDICO PRIMARIO**

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección para Reclamaciones: \_\_\_\_\_

Tipo de Plan en Médico:  PPO  HMO  POS  EPO Grupo #: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

Manejador de Caso "Workers Comp" / Teléfono: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

MÉDICO PRIMARIO: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

- Tengo una referencia de mi médico primario  Necesito una referencia de mi médico primario