

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Apellido Nombre Segundo Nombre

Dirección postal: \_\_\_\_\_  
 Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de casa:(\_\_\_\_\_) Teléfono celular:(\_\_\_\_\_) Teléfono de trabajo:(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero  Casado Ocupación: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Idioma principal: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Fue referido por su médico?:  Sí  Sin referencias Nombre de su Médico: \_\_\_\_\_

Sí no, ¿cómo se enteró de nosotros?

<input type="checkbox"/> Televisión	<input type="checkbox"/> Folleto	<input type="checkbox"/> Google
<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> Publication en línea	<input type="checkbox"/> Amigo/familia: _____
<input type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Facebook	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_  
 Calle Ciudad Estado Código Postal

Farmacia de elección: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_  
 Calle Ciudad Estado Código Postal

En caso de emergencia, ¿a quién se debe notificar? \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Otros miembros de la familia que son pacientes: \_\_\_\_\_

### Parte responsable (Si es diferente del paciente)

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Apellido Nombre Segundo Nombre

Dirección postal: \_\_\_\_\_  
 Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de casa:(\_\_\_\_\_) Teléfono celular:(\_\_\_\_\_) Teléfono de trabajo:(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

*Autorizo la divulgación de información médica a mi medico de atención primaria o medico de referencia, a consultores si es necesario y según sea necesario para procesar el seguro reclamaciones, solicitudes de seguro y perscripciones. También autorizo el pago de beneficios médico. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por el seguro, y de todos los servicios prestados en mi nombre o en el de mis dependientes.*

Firma del paciente o parte responsable

Fecha