

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre legal del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

¿Está actualizada la dirección en la identificación? Sí No Si no, escriba la dirección actual a continuación

Dirección actual _____ _____ _____ Código Postal _____ Número de Seguro Social _____	Teléfono de casa (_____) _____ Teléfono del trabajo (_____) _____ Teléfono celular (_____) _____ Teléfono preferido (marcar una casilla) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
---	--

Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)	Estatus de empleo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Servicio militar <input type="checkbox"/> Sin empleo <input type="checkbox"/> Empleo autónomo
--	---	--

¿Cómo se enteró de la práctica? _____

**PERSONA RESPONSABLE FINANCIERAMENTE DE ESTA CUENTA
(AVAL SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD)**

Mismo que el paciente Fecha de nacimiento _____ Sexo M / F
 Nombre legal _____

La dirección es la misma del paciente
 Calle _____ Departamento _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Relación con el paciente _____

**PERSONA QUE TIENE EL SEGURO PARA EL PACIENTE
(ASEGURADO)**

Mismo que el paciente Fecha de nacimiento _____ Sexo M / F
 Nombre legal _____

La dirección es la misma del paciente
 Calle _____ Departamento _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Relación con el paciente _____
 N.º de Seguro Social _____ Se requiere el número de Seguro Social del asegurado para la facturación en línea.

<u>Nombre del paciente</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>
PERSONA PARA NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA	
Nombre _____ Relación con el paciente _____ Sexo M / F Fecha de nacimiento _____	Teléfono de casa (_____) _____ Teléfono del trabajo (_____) _____ Teléfono celular (_____) _____
Raza <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano y nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otra raza <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái y otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Multirracial _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	Etnia <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar (Los gobiernos locales y estatales pueden usar los datos para ayudar a planificar y administrar los programas bilingües para las personas de origen hispano).
Idioma preferido _____	
Nombre del Médico principal _____ Dirección _____ Ciudad y Código Postal _____ Teléfono _____ <input type="checkbox"/> El paciente rechaza proporcionar el nombre del Médico principal	
Farmacia preferida _____ Teléfono _____ Ciudad/Estado _____ Intersección/Cruce de calles _____	
Farmacia preferida con entrega por correo (si aplica) _____	
Laboratorio preferido _____	