

INFORMACIÓN DEL PACIENTE – POR FAVOR CON LETRA DE IMPRENTA

PATIENT INFORMATION

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: ____ - ____ - ____		# MRN (Número de Registros Médicos): _____
Nombre: _____		Teléfono de Casa: _____
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre - Inicial
Dirección: _____		Teléfono Celular: _____
Ciudad: _____	Fecha de Nacimiento: ____ - ____ - ____	Edad: ____ años
Estado: _____	Zona Postal: _____	Empresa donde Trabaja: _____
SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Dirección del Trabajo: _____
		Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado		
		Ocupación _____
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: _____		Correo Electrónico: _____ @ _____

REFERENCIA

¿Quién lo refirió a nuestra clínica? (POR FAVOR MARQUE UNA CASILLA)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Washington Regional Medical Center | <input type="checkbox"/> Feria de Salud Comunitaria o de Compañía | <input type="checkbox"/> Médico de Referencia: _____ |
| <input type="checkbox"/> Periódico o Revista | <input type="checkbox"/> Tratado por un Médico en el Hospital | <input type="checkbox"/> Empleador |
| <input type="checkbox"/> Recomendado por un amigo o familiar | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Directorio de Planes de Seguro |
| <input type="checkbox"/> Condujo por la Ubicación de la Clínica | <input type="checkbox"/> Directorio Telefónico (Páginas Amarillas) | <input type="checkbox"/> Paciente Antiguo / No Aplicable |
| | | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

INFORMACIÓN DE CÓNYUGE / PADRES

Nombre del Cónyuge/Padre: _____ Celular: _____

Empleador: _____ Trabajo: _____ Ext: _____

Dirección del Trabajo: _____ SEXO de Cónyuge/Padre: Masculino Femenino

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____ Fecha de Nacimiento de Cónyuge/Padre: ____ - ____ - ____

Occupation _____ # de Seguro Social: ____ - ____ - ____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono Celular: _____

Dirección: _____ Teléfono de Casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____ Relación con el Paciente: _____

INFORMACIÓN GENERAL

¿Quién es responsable del Pago?: Yo mismo Otro: _____ (COMPLETAR LO SIGUIENTE)

Nombre de la Parte Responsable: _____ Parte Responsable Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____

Relación con el Paciente: Yo mismo Cónyuge Hijo Otro # de Seguro Social _____ - _____ - _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

¿Alguna vez ha estado paciente en una de nuestras Clínicas del Sistema de Washington Regional? Si No

Si contesta que sí, ¿cuándo?: ____ / ____ / ____ ¿Dónde? _____

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN (cónyuge, hijos, padres, etc.)

¿Con quién podemos discutir su información? Por ejemplo: asuntos médicos / atención, resultados, facturación, etc.

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____

Idioma de Preferencia: Inglés Español Marshalés Árabe DECLINACIÓN OTRO: _____

Raza: Blanco Afroamericano Asiático Nativo de Hawái / Otras Islas del Pacífico

Indio Americano Nativo / Indio de Alaska Hispano Desconocido DECLINACIÓN

Etnicidad (Origen): No Hispano o Latino Hispano o Latino Desconocido DECLINACIÓN

Método de Comunicación Preferido: Impreso Guardar en Flash Drive DECLINACIÓN

Recordatorios de Bienestar: Correo Celular Teléfono de Casa Teléfono del Trabajo DECLINACIÓN

FARMACIA DE PREFERENCIA: _____ UBICACIÓN: _____

Autorizo la divulgación de toda la información médica necesaria para procesar mi reclamo a todas mis compañías de seguros. Autorizo el pago directo de beneficios médicos al proveedor. Permiso que se use una copia de esta autorización en lugar del original. Doy mi consentimiento para que mi foto sea tomada. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por el seguro. Autorizo el envío por fax y la transmisión electrónica de información médica a otros proveedores de atención médica, abogados o compañías de seguros que participan en mi cuidado. Doy mi permiso para que los mensajes se dejen en mi contestador automático o mensajes enviados. Yo, el abajo firmante, autorizo y doy mi consentimiento a la prestación de atención médica, incluyendo procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico por parte de miembros autorizados del sistema médico Washington Regional Medical System o sus designados, según su juicio profesional sea necesario para el paciente mencionado anteriormente. Reconozco que no se han hecho garantías en cuanto al efecto de dichos exámenes o tratamiento. He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la clínica. Permiso que esta instalación obtenga mi historial de medicamentos electrónicamente.

X _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento. ____/____/____

Seguro Primario

Nombre de la Compañía de Seguros: _____

Dirección de la Compañía de Seguros: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Número de Teléfono de la Compañía de Seguros _____

de Identificación / Miembro _____ # de Grupo _____

Suscriptor/Titular de la Póliza _____ Fecha de Nacimiento. _____

Por favor marque con un círculo la relación del paciente con el suscriptor:

YO MISMO CÓNYUGE PADRE HIJO

Fecha de Vigencia: _____

Cantidad del Deducible: _____ Por favor indique ¿ya ha cumplido con su deducible? SI NO

Copago por PCP _____ Copago por ESPECIALISTA _____

Seguro Secundario

Nombre de la Compañía de Seguros: _____

Dirección de la Compañía de Seguros: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Número de Teléfono de la Compañía de Seguros _____

de Identificación / Miembro _____ # de Grupo _____

Suscriptor/Titular de la Póliza _____ Fecha de Nacimiento _____

Por favor marque con un círculo la relación del paciente con el suscriptor:

YO MISMO CÓNYUGE PADRE HIJO