

FORMULARIO SOBRE EL PACIENTE

Apellido del paciente _____ Nombre _____ Inicial ____ Fecha de nacimiento _____
Dirección _____ Sexo _____
Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono (casa) _____
Estado civil de los padres: Casados _____ Solteros _____ Divorciados _____ Separados _____ Origen étnico _____

Nombre de la madre _____ Nombre del padre _____
Teléfono del trabajo _____ Teléfono del trabajo _____
Teléfono de celular _____ Teléfono de celular _____
Empleador _____ Empleador _____

Persona responsable _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Relación con el paciente _____
En caso de emergencia llame _____ Teléfono _____
Dirección electrónica principal _____

Compañía principal de seguro médico _____ Teléfono _____
Dirección para enviar reclamaciones _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Nombre del asegurado _____ Relación con el paciente _____
Número de la póliza _____ Número de grupo _____ Fecha de nacimiento _____
Compañía secundaria de seguro médico _____ Teléfono _____
Dirección para enviar reclamaciones _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Nombre del asegurado _____ Relación con el paciente _____
Número de la póliza _____ Número de grupo _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre de Médico de Cabecera o Pediatra (no el grupo médico) _____ Teléfono _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Alergias _____ ¿Hay alguien en su familia que fuma? _____ Quién _____
Razón por su visita _____

Por el presente autorizo al doctor mencionado anteriormente para obtener el historial médico de otras fuentes según sea necesario para el tratamiento de este paciente. Por el presente autorizo que se divulgue información concerniente al tratamiento de este paciente a otros médicos involucrados en el cuidado y tratamiento de este paciente. Por el presente autorizo que se revele información médica a la compañía de seguros según sea necesario para reclamar los cargos incurridos por este paciente. Por el presente autorizo que el pago de los beneficios por medio de la compañía de seguros que de otra manera me corresponden se paguen directamente al doctor mencionado anteriormente o al hospital. Entiendo que soy responsable por cualquier cantidad no cubierta por la compañía de seguros. Una copia de esta información es tan válida como el original. He recibido una copia del Aviso Sobre las Normas de Privacidad de GPPA.

FIRMA DEL PADRE O PERSONA RESPONSABLE

FECHA

DE PACIENTE