



**INFORMACION DEL PACIENTE**

Apellido del paciente		Primer nombre		MI	Fecha de nacimiento (mes/dia/año)	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra	
Teléfono móvil		Teléfono de casa		Teléfono del trabajo		Teléfono <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil	
Domicilio del paciente			Ciudad		Estado	Código postal	
Fuiste referido por otro médico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, indique su nombre a continuación:							
Médico de atención primaria		Teléfono del medico de atención primaria		Médico de referencia			
Nombre de la farmacia		Teléfono de la farmacia		Domicilio de la farmacia			

**INFROMACIÓN DE FACTURACIÓN Y SEGURO**

<b>Persona respnsable</b>							
Nombre (Si no es paciente)				Teléfono		Relación con el paciente	
Domicilio			Ciudad		Estado	Código postal	
<b>Seguro primario</b>							
Nombre del asegurado (como aparece en la tarjeta del seguro)			Relación con el paciente		Fecha de Nacimiento del asegurado	Número de teléfono del asegurado	
Domicilio de asegurado			Ciudad		Estado	Código postal	
Compañía de seguro			Plan de seguro			Número de teléfono del seguro	
Domicilio del seguro			Número de grupo			Número de identificación de miembro	
<b>Seguro Secundario</b>							
Nombre del asegurado (como aparece en la tarjeta del Seguro)			Relación con el paciente		Fecha de Nacimiento del asegurado	Número de teléfono asegurado	
Compañía de seguros			Plan de Seguro			Número de teléfono del Seguro	
Domicilio del seguro			Número de grupo			Número de identificación de miembro	

**PREFERENCIAS DE INFORMACION MEDICA**

Podemos enviarle recordatorios de mensajes de texto móviles de su cita? (Por favor marque si o no)		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Podemos dejar mensajes con respecto información o citas en su: Teléfono móvil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Teléfono de casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Teléfono de trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Cuál es el mayor momento para contactarte?
Prefiere un mensaje breve o detallado? <input type="checkbox"/> BREVE <input type="checkbox"/> DETALLADO			

Autorizo la divulgación de información, incluido el diagnóstico, los registros, el examen que se me hizo y la información de las reclamaciones a las siguientes personas:

Nombre	Numero de teléfono	Relación con el paciente
Nombre	Numero de teléfono	Relación con el paciente

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre del contacto de emergencias	Número(s) de teléfono de contacto de emergencia	Relación con el paciente
------------------------------------	---	--------------------------

Firma del paciente o tutor autorizado

Nombre impreso del paciente o tutor autorizado

Fecha