# **FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

**Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Médico de atención primaria:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Farmacia (incluya dirección y número de teléfono):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Información demográfica *(escriba claramente con letra de imprenta)*** | | | | | | | |
| * Sr. * Sra. * Señorita * Srta. | Apellido: | | | | | Estado civil: *(encierre en un círculo una respuesta)*  Sol./cas./div./sep./viu. | |
| Nombre: | | Inicial del segundo nombre: | | |
| ¿Es este su nombre legal?   * Sí No | Nombre anterior: | | Fecha de nacimiento:  / / | | Edad: | Sexo:  M F | |
| Dirección de correo electrónico: | | | | | | | |
| Dirección/ciudad/código postal: | | | | | | | |
| Teléfono particular: ( ) Teléfono celular: ( ) Teléfono laboral: ( ) | | | | | | | |
| **Nombre del garante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  CONTACTO PARA CASOS DE EMERGENCIA: Nombre: Relación: Teléfono(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Cómo lo derivaron a nuestro consultorio? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| **Información del seguro** | | | | | | | |
| Compañía de seguros principal | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Id. n.° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Grupo n.° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Copago $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Compañía de seguros secundaria | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Id. n.° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Grupo n.° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Copago $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | |  | |  |  | |  |
| Nombre de quien suscribe el seguro (titular del seguro): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| Nombre, dirección y número de teléfono del empleador del asegurado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ciudad/estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| ¿Se debe esta visita a una lesión relacionada con el trabajo? Sí No  Nombre de la aseguradora de compensación a los trabajadores: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Busca usted un médico por un accidente? Sí No | | | | | | | |
| **Información para el censo** | | | | | | | |
| **RAZA** | | | | | **Raza principal** | | **Raza**  **no principal** |
| Indígena americano o nativo de Alaska | | | | |  | |  |
| Asiático | | | | |  | |  |
| Negro o afroamericano | | | | |  | |  |
| Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico | | | | |  | |  |
| Blanco | | | | |  | |  |
| Otra | | | | |  | |  |
| Se niega a responder | | | | |  | |  |
| **ORIGEN ÉTNICO**: Hispano/latino No hispano/latino Otro Se niega a responder | | | | | **IDIOMA PREFERIDO**: | | |

La información que figura arriba es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo que se paguen mis beneficios del seguro directamente a los médicos de Alliance Medical Group (“AMG”). Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero de los saldos que haya, incluidos los deducibles y coseguros de mi póliza. Estos son pagos que exige mi compañía de seguros, no AMG. Autorizo a AMG o a mi compañía de seguros a divulgar la información que sea necesaria para procesar mis reclamos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Nombre del paciente en letra de imprenta Firma del paciente Fecha*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Nombre del representante legal/tutor en letra de imprenta Firma del representante legal/tutor Fecha*