

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: []M []F

Nombre: _____ Seguro Social #: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ []Casa []Cell []Otro
 _____ Teléfono: _____ []Casa []Cell []Otro

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono: _____ []Casa []Cell []Otro

Podemos dejar correo de vos con resultados normales? [] Si [] No. En caso de que si, en cual teléfono? []Casa []Cell []Otro _____

Nombre de Farmacia y Dirección: _____ Estado Marital: []Casada []Soltera []Divorciada
 _____ Correo Electrónico: _____

Etnicidad: []Hispano o Latino [] No Hispano o Latino []Otro Idioma Preferido: _____

Raza: [] Indio Americano o Nativo de Alaska [] Asiático [] Americano negro o Africano [] Hawaiano Nativo u Otro Isla del Pacífico
 [] Anglosajón o Caucásica [] Otro.

Como fue usted referida a nuestra oficina? _____ Nombre de Esposo: _____

Ejemplos: Doctor, Internet, Amiga/Familiar, Hospital, Pasaba por area o clínica Fecha de Nacimiento de Esposo: _____

INFORMACIÓN DE EMPLEO DEL PACIENTE
 [] Empleada [] Retirada [] Desempleada [] Otro

Nombre de la compañía: _____ Doctor que la Refirió: _____

Teléfono del trabajo: _____ Doctor Familiar: _____

Ocupación: _____

CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre	Relación	Teléfono
_____	_____	_____

PERSONA RESPONSIBLE (Solamente si el paciente es menor de 18 años) Empleo: _____

Nombre: _____ Teléfono de casa: _____

Dirección: _____ Teléfono de trabajo: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ SS#: _____

Fecha de Nacimiento: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO	POLIZA SECUNDARIA
Nombre del seguro médico: _____	Nombre de seguro medico: _____
ID#: _____	ID#: _____
Grupo/Poliza#: _____	Grupo/Poliza#: _____
Nombre de suscriptor: _____	Nombre de Suscriptor: _____
Relación con paciente: _____	Relación con paciente: _____
Teléfono de suscriptor: _____	Teléfono de suscriptor: _____
Empleo de suscriptor: _____	Empleo de suscriptor: _____
SS# de suscriptor: _____	SS# de suscriptor: _____
Fecha de Nacimiento de suscriptor: _____	Fecha de Nacimiento de suscriptor: _____

Autorización de seguros y cesion (Por Favor lea y firme)

Doy fe que la información que he dado aquí es correcta y verdadera de mi conocimiento. Por la presente, asigno beneficios a ser pagados directamente al médico, y le autorizo a proporcionar información con respecto a mi enfermedad a mi compañía de seguros. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no pagada por mi seguro.

 FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIAN

 FECHA

Yo autorizo a la clinica de obtener el historial de medicamentos electronicamente de mi administrador de farmacia.

 FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIAN

 FECHA