# **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 NoNombre 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*