

# INFORMACIÓN DEL PACIENTE



¿Cómo nos conoció?:  TV  Radio  Correo directo  Periódico  Amigo/familiar  Médico  Sitio web  
 Feria de salud

Derivado por: \_\_\_\_\_ Médico de cabecera: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo nombre Apellido Nombre preferido

Dirección postal del paciente: \_\_\_\_\_  
Número y calle Depto./Lote Ciudad Estado Código postal

N.º del Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino Raza: \_\_\_\_\_

Idioma: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

Mejor manera de comunicarnos con usted:  Teléfono  Correo electrónico

¿Esta visita se debe a un incidente relacionado con el trabajo?  Sí  No Empleador: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE PAGO:

Persona responsable del pago/de la factura: \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono principal: \_\_\_\_\_  
Número y calle Depto./Lote Ciudad Estado Código postal

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ N.º del Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Mejor manera de comunicarnos con la persona:

Teléfono  Correo postal Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_  
Número y calle Depto./Lote Ciudad Estado Código postal

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ N.º del Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono principal: \_\_\_\_\_

2.º teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

2.ª compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

## CONTACTOS DEL PACIENTE:

Farmacia: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Tutor legal: \_\_\_\_\_

Cuidador principal: \_\_\_\_\_  
Nombre Relación Teléfono principal 2.º teléfono

Nombre Relación Teléfono principal 2.º teléfono

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_  
Nombre Relación Teléfono principal 2.º teléfono

Nombre Relación Teléfono principal 2.º teléfono

Todos los servicios profesionales prestados son responsabilidad financiera del paciente. Se espera un pago tras la prestación de servicios. En el caso de los pacientes asegurados, con mucho gusto los ayudaremos a presentar los reclamos al seguro.

\*Al firmar abajo, doy mi consentimiento, por este medio, para que mi compañía de seguros entregue toda la información necesaria a Affinity Health Group, LLC sobre el estado de mis reclamos. Además, por este medio, autorizo a Affinity Health Group, LLC a proporcionar información a mi compañía de seguros sobre mis antecedentes médicos, enfermedades y tratamientos. Asimismo, autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente a Affinity Health Group, LLC todos los beneficios para los que yo o mis dependientes seamos elegibles para la prestación de servicios de atención médica.

**HE LEÍDO, COMPRENDO Y ACEPTO LAS DISPOSICIONES QUE FIGURAN ARRIBA.**

Por este medio, doy mi consentimiento de manera voluntaria para que se brinde el tratamiento médico necesario al paciente que se indica arriba.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TUTOR LEGAL

\_\_\_\_\_  
FECHA