

Formulario de Información del Paciente

Información del Paciente

Nuevo Paciente? Sí No

Nombre: _____
apellido

Nombre: _____
primer

La Fec. Nac.: ____/____/____ M F

Preferred Language: _____

Etnicidad: _____

Numero y Calle: _____

Ciudad/Estado/Zip: _____

Tél. casa: _____

Tél. cell: _____

Otros hijos/as en la familia:

Paciente en clinica? Sí No

Nombre: _____
apellido

Nombre: _____
primer

La Fec. Nac.: ____/____/____ M F

Paciente en clinica? Sí No

Nombre: _____
apellido

Nombre: _____
primer

La Fec. Nac.: ____/____/____ M F

Paciente en clinica? Sí No

Nombre: _____
apellido

Nombre: _____
primer

La Fec. Nac.: ____/____/____ M F

Información del Padre/Guarda:

Nombre: _____
apellido

Nombre: _____
primer

La Fec. Nac.: ____/____/____ M F

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Domicilio: igual que el paciente? Sí No
si diferente agregue domicilio atras

Numero primario: _____

Tél. cell: _____

Email: _____

Ocupación: _____

Relación con el paciente: _____

Contacto de preferencia: Cell Email Correo

Información del otro padre:

Nombre: _____
apellido

Nombre: _____
primer

La Fec. Nac.: ____/____/____ M F

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Domicilio: igual que el paciente? Sí No
si diferente agregue domicilio atras

Numero primario: _____

Tél. cell: _____

Email: _____

Ocupación: _____

Relación con el paciente: _____

Contacto de preferencia: Cell Email Correo

Información de facturación:

Pago privado (No asegurado/a)

Seguro (primario) Fecha efecto: ____/____/____

Comp. aseguradora: _____

Empresa: _____

Tomador póliza: _____

La Fec. Nac.: ____/____/____

Núm. Póliza: _____

Núm. Grupo: _____ Copago: \$ _____

Seguro (secundario)

Comp. aseguradora: _____

Empresa: _____

Tomador póliza: _____

La Fec. Nac.: ____/____/____

Núm. Póliza: _____

Núm. Grupo: _____ Copago: \$ _____

OHP (marque el que corresponda): Tuality | CareOregon | OMAP