

Como Escucho Sobre Nosotros?

Por favor, marque uno de los siguientes:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Amigo/Familiar | <input type="radio"/> Correo |
| <input type="radio"/> Internet | <input type="radio"/> Su Seguro Médico lo(a) Recomendó |
| <input type="radio"/> Periódico/Revistas | <input type="radio"/> Otro Médico lo(a) Recomendó (Nombre del Médico): _____ |
| <input type="radio"/> Páginas Amarillas | <input type="radio"/> Otra Recomendación (Por favor especifique): _____ |
| <input type="radio"/> Radio | |

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido		Primer Nombre		Inicial del Segundo Nombre		Número de Seguro Social					
Domicilio				Ciudad		Estado		Código Postal			
Fecha de Nacimiento		Sexo:		Número de Teléfono		Número de Teléfono Alternativo/Celular		Proveedor de Atención Primaria:			
Mes Día Año		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		() -		() -					
Nombre de Contacto en Caso de Emergencia _____						Correo Electrónico: _____		¿Es usted veterano/a de las Fuerzas Armadas?			
Relación al Paciente _____								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Número de Teléfono (diferente al número(s) escrito anteriormente): () -											
¿Cuál es su raza?		¿Es usted de origen Hispano/Latino?		Idioma Principal		Estado Civil		Tamaño de Familia		Ingresos Anual del Hogar (Para uso interno solamente)	
<input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> India Americana (incluyendo Mixteco) o Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii <input type="checkbox"/> Negra o Africana Americana <input type="checkbox"/> Otra de las Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Más de una raza		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Mixteco <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a		___ 0 ___ 6 ___ 1 ___ 7 ___ 2 ___ 8 ___ 3 ___ 9 ___ 4 ___ 10 ___ 5		\$ _____	

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

Nombre del Seguro Médico:		Número de Seguro Social	
		- -	
Nombre de la Persona Registrado(a) en la Póliza:		Fecha de Nacimiento	
		Mes Día Año	
		Relación al Paciente	
		<input type="checkbox"/> Padre o Guardián <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____	

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE SI ES DIFERENTE AL PACIENTE

Apellido		Primer Nombre		Inicial del Segundo Nombre		Relación al Paciente			
						<input type="checkbox"/> Padre o Guardián <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Fecha de Nacimiento				Sexo:		Número de Seguro Social			
Mes Día Año				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		- -			
Domicilio				Ciudad		Código Postal		Estado	
Número de Teléfono		Número de Licencia de Manejo		Estado		Estado Civil			
() -						<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a			

Consentimiento del Paciente al Tratamiento

Por medio de esta documentación, doy mi consentimiento a cualquier tratamiento medico o quirúrgico, el cual puede incluir medicamentos recetados por el medico. Yo entiendo que hasta los tratamientos sencillos tienen riesgo de complicaciones. En tales casos, consultas subsecuentes con el medico pueden ser necesarias. Clinicas del Camino Real, Inc. me referirá con especialistas para servicios que no se proveen aquí.

Firma: _____

Fecha: _____