



Solicitud de Atención Médica
Toda la Información es Requerida y Confidencial

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Paciente: Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _
 Preferido: _____ Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____
 Dirección Postal: _____ Apto#: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Sexo: Masculino Femenino Transgénero Desconocido **Estado Civil:** Soltero Casado Divorciado Viudo
 Seguro Social: _____/_____/_____ **Raza:** (Por favor marque uno): Blanco/Caucásico Negro/Afroamericano
 Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Nat Hawaiano/Islands del Pacífico
Teléfono de Casa: _____ **Teléfono del Trabajo:** _____ **Teléfono Celular:** _____
 Podemos dejar mensajes de voz en su hogar/teléfonos Celulares Sí No Solo en Hogar Solo Celular
Contacto de Emergencia: _____ Número de teléfono (si es diferente al anterior) _____

Relación: _____

***** ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR LA PARTE RESPONSABLE O SI EL PACIENTE ES UN MENOR *****

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____
 Dirección Postal: _____ Apto#: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono de Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____
 Teléfono Celular: _____ Relación con el niño: _____
Dirección de Correo Electrónico: _____ **Etnicidad:** Hispano o Latino No es Hispano o Latino
 Farmacia Preferida: _____ Lenguaje Primario: _____

Empleado: Sí No

Método de Comunicación Preferido: Teléfono-Casa Teléfono-Celular Teléfono-Trabajo Correo Electrónico Portal del Paciente Texto Correo

Arreglos de Vivienda: Vive en su propia casa Casa de Pareja Casa de Familiares Casa Cuna Grupo/Institución
 Sin Hogar/Refugio (si no tiene hogar, fecha en que quedó sin hogar) _____)

Estatus de Veterano: Veterano No Veterano **Estado de trabajo Agrícola:** No Agrícola Empleado todo el año Estacional
 Trabajador Agrícola Jubilado

SEGURO: ESTO INCLUYE MEDICAID, MEDICARE Y TODOS LOS SEGUROS COMERCIALES

Sin Seguro: Sí No **Si es así, ¿desea solicitar un descuento?** Sí No (debe completar la solicitud de escala de descuento)

Seguro Médico Primario: _____

Titular de la póliza del plan: _____

Número de póliza: _____

 Firma del Paciente o Representante del Paciente Fecha Si es Representante, relación

** El Representante del paciente debe ser un padre o tutor, si el paciente es menor de edad. Si el representante no es uno de los padres, debe proporcionar documentación legal que demuestre la autorización para recibir un tratamiento menor. **

CA Initials: _____ New: _____ Updated: _____ Date: _____