

ENGLEWOOD HEALTH

PHYSICIAN NETWORK

Formulario de información del paciente

FECHA DE HOY

/ /

APELLIDO		NOMBRE		2° NOMBRE		SEXO	☐ Masculino	IDENTIDAD DE GÉNERO (opcional)	☐ Masculino	☐ Femenino	☐ Otro	
						☐ Femenino		☐ Transgénero masculino (FTM)	☐ Transgénero femenino (MTF)			
DIRECCIÓN			CIUDAD			ESTADO		CÓDIGO POSTAL				
ESTADO CIVIL	☐ Casado	☐ Divorciado	FECHA DE NACIMIENTO		EMAIL	NÚMERO SEGURO SOCIAL						
	☐ Soltero	☐ Viudo	/ /			- -						
NÚMERO TEL. CASA		☐ ¿Preferido?	TEL. CELULAR		☐ ¿Preferido?	NÚMERO TEL. TRABAJO		☐ ¿Preferido?				
()			()			()						
¿Podemos dejarle mensajes en este número?		☐ SÍ	☐ Breve	¿Podemos dejarle mensajes en este número?		☐ SÍ	☐ Breve	¿Podemos dejarle mensajes en este número?		☐ SÍ	☐ Breve	
☐ NO		☐ Extenso	☐ NO		☐ Extenso	☐ NO		☐ Extenso	☐ NO			
¿Es usted parte del Programa de Medicina sin Sangre?						☐ SÍ	¿Tiene usted un testamento vital /Documento de Voluntades Anticipadas?					☐ SÍ
						☐ NO						☐ NO
RAZA	☐ Alndígena americano o nativo de Alaska	☐ Negro o afroamericano	☐ Nativo hawaiano u otro isleño polinésico	☐ Otra raza	ETNIA		☐ Hispano o latino	☐ Prefiero no contestar				
	☐ Asiático	☐ Hispano		☐ Blanco			☐ No hispano ni latino					
IDIOMA NATIVO	☐ Chino	☐ Farsi	☐ Griego	☐ Indio	☐ Japonés	☐ Ruso	☐ Otro					
	☐ Inglés	☐ Francés	☐ Hindi	☐ Italiano	☐ Coreano	☐ Español						
¿NECESITA TRADUCTOR?		☐ SÍ	☐ NO									

NOMBRE DE LA FARMACIA		TELÉFONO	
		()	
DIRECCIÓN DE LA FARMACIA		CIUDAD	ESTADO
			CÓDIGO POSTAL

CONTACTO DE EMERGENCIA #1	RELACIÓN	TEL. DEL CONTACTO DE EMERGENCIA
		()
CONTACTO DE EMERGENCIA #2	RELACIÓN	TEL. DEL CONTACTO DE EMERGENCIA
		()

¿Con qué proveedor se atiende para la mayoría de sus necesidades médicas?

PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO	TELÉFONO
	()
DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR PRIMARIO	CIUDAD
	ESTADO
	CÓDIGO POSTAL

PROVEEDOR QUE LE PROPORCIONA REFERIDOS PARA CUIDADO	TELÉFONO
	()
DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR QUE LE PROPORCIONA REFERIDOS PARA CUIDADO	CIUDAD
	ESTADO
	CÓDIGO POSTAL

OTRO PROVEEDOR DE CUIDADO	TELÉFONO
	()
DIRECCIÓN DEL OTRO PROVEEDOR DE CUIDADO	CIUDAD
	ESTADO
	CÓDIGO POSTAL

OTRO PROVEEDOR DE CUIDADO	TELÉFONO
	()
DIRECCIÓN DEL OTRO PROVEEDOR DE CUIDADO	CIUDAD
	ESTADO
	CÓDIGO POSTAL

(continúa al otro lado)



INFORMACIÓN DE EMPLEO

NOMBRE DEL EMPLEADOR		OCUPACIÓN/POSICIÓN		
ESTADO DE EMPLEO	☐ Empleado tiempo completo	☐ Autónomo	☐ En servicio militar activo	☐ Otro
	☐ Empleado medio tiempo	☐ Jubilado	☐ Reserva	

INFORMACIÓN DE PAGO/SEGURO

SEGURO PRIMARIO

¿A qué seguro se le debería cobrar primero?

NOMBRE DEL AFILIADO		¿A NOMBRE DE QUIÉN ESTÁ SU PÓLIZA DE SEGURO MÉDICO?	
N. DE SEGURO SOCIAL DEL AFILIADO	FECHA DE NACIMIENTO DEL AFILIADO	RELACIÓN CON EL AFILIADO	
- -	/ /		

EMPLEADOR DEL AFILIADO			
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR DEL AFILIADO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
GÉNERO DEL AFILIADO	☐ Masculino	☐ Transgénero	
	☐ Femenino	☐ Otro	

COMPAÑÍA DE SEGURO PRIMARIA	N. DE PÓLIZA	N. DE GRUPO	
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DE CONTACTO DE EMERGENCIA ()			

SEGURO ADICIONAL

¿A qué seguro se le debería cobrar segundo? Tal vez esto no corresponda a su caso.

NOMBRE DEL AFILIADO		¿A NOMBRE DE QUIÉN ESTÁ SU PÓLIZA DE SEGURO MÉDICO?	
N. DE SEGURO SOCIAL DEL AFILIADO	FECHA DE NACIMIENTO DEL AFILIADO	RELACIÓN CON EL AFILIADO	
- -	/ /		
EMPLEADOR DEL AFILIADO			
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR DEL AFILIADO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
GÉNERO DEL AFILIADO	☐ Masculino	☐ Transgénero	
	☐ Femenino	☐ Otro	
OTRA COMPAÑÍA DE SEGURO	N. DE PÓLIZA	N. DE GRUPO	

RECONOCIMIENTO/AUTORIZACIÓN

YO CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ EN LA PRESENTE ES EXACTA Y VERDADERA. YO AUTORIZO EL PAGO DE BENEFICIOS MÉDICOS PARA CUALQUIER SERVICIO QUE ME SEA PRESTADO POR ESTE GRUPO DE MÉDICOS. YO COMPREENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE POR CUALQUIER SUMA QUE NO SEA CUBIERTA POR MI SEGURO. YO AUTORIZO LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA A MI CUIDADO MÉDICO A MI COMPAÑÍA DE SEGURO CON EL PROPÓSITO DE REVISAR Y PROCESAR SOLICITUDES DE REEMBOLSOS MÉDICOS PARA PAGO.		
FIRMA	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA / /