

# FACEY MEDICAL GROUP

## HOJA DE INFORMACIÓN MÉDICA

N.º del Registro Médico Electrónico: \_\_\_\_\_

Escriba en letra de imprenta claramente

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ PCP (Médico de Atención Primaria): \_\_\_\_\_  
Alias (otros nombres): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
N.º del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Estado civil: Soltero  Casado  Separado   
Dirección particular: \_\_\_\_\_ Divorciado  Viudo   
Ciudad/estado/código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular/durante el día: \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Dirección del empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad/estado/código postal: \_\_\_\_\_

**GRUPO ÉTNICO:** (seleccione una opción) **RAZA:** (seleccione una opción)  
 Origen Hispano/Latino/Español  Indígena Norteamericano/Nativo de Alaska  Hispano/Latino  
 Origen NO Hispano/Latino/Español  Asiático  Nativo de Hawaii/Islas del Pacífico  
 Prefiere no contestar  Negro/Afroamericano  Blanco Prefiere no contestar

**MÉTODO DE COMUNICACIÓN PREFERIDO:** (seleccione uno)  
 Teléfono  Correo  Prefiere no contestar

**Persona responsable de las obligaciones financieras del paciente. Si es el paciente mismo, indique "paciente".**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_ N.º del seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular/durante el día: \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_  
Dirección particular (si es diferente a la dirección del paciente): \_\_\_\_\_  
Ciudad/estado/código postal: \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad/estado/código postal: \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia – nombre de un familiar que no viva con usted (local)**

Nombre del contacto primario: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular/durante el día: \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_  
Dirección particular: \_\_\_\_\_ Ciudad/estado/código postal: \_\_\_\_\_  
Nombre de contacto secundario: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular/durante el día: \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_  
Dirección particular: \_\_\_\_\_ Ciudad/estado/código postal: \_\_\_\_\_

**Información sobre el seguro médico del paciente**

¿Tiene seguro médico? Sí  No

Seguro primario

Seguro secundario

Compañía de seguro médico: \_\_\_\_\_  
Teléfono de la compañía de seguro médico: \_\_\_\_\_  
Suscriptor: \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador del suscriptor: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_  
N.º del seguro social del suscriptor: \_\_\_\_\_  
N.º de póliza: \_\_\_\_\_  
N.º de grupo: \_\_\_\_\_  
Fecha de comienzo de la vigencia: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro médico: \_\_\_\_\_  
Teléfono de la compañía de seguro médico: \_\_\_\_\_  
Suscriptor: \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador del suscriptor: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_  
N.º del seguro social del suscriptor: \_\_\_\_\_  
N.º de póliza: \_\_\_\_\_  
N.º de grupo: \_\_\_\_\_  
Fecha de comienzo de la vigencia: \_\_\_\_\_

**Cesión de beneficios**

Por el presente, autorizo e instruyo a mi compañía de seguro médico a que realice pagos a FACEY MEDICAL FOUNDATION por beneficios permitidos y pagaderos a mí y/o a mis dependientes. Comprendo que soy responsable de cualquier cargo impago en virtud de esta Cesión. Esta permanecerá vigente hasta que yo mismo la rescinda por escrito. Podrá reconocerse como válida una fotocopia de esta Cesión.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_