

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