

Providence Hood River Memorial Hospital Behavioral Health

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre legal (nombre, apellido, 2.º nombre): _____

Nombre anterior o de soltera (si corresponde): _____ **Fecha de nac.:** _____

Sexo: M F M a F F a M **Otro:** _____ **NSS:** _____

Estado civil: SOLTERO CASADO DIVORCIADO VIUDO SEPARADO EN PAREJA

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **C.P.:** _____

Teléfono principal: (____) _____ **Correo de voz, ¿OK?** ____ **Otro teléfono** (____) _____

Empleador: _____ **Medio tiempo/Tiempo completo:** _____

Médico de cabecera: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Contacto de emergencia (nombre, apellido): _____

Relación: _____ **Teléfono del contacto de emergencia:** (____) _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO MARQUE AQUÍ SI NO TIENE SEGURO:

Compañía de seguro: _____ **Rel. con el paciente:** _____

Número/ID de póliza: _____ **Número de grupo:** _____

Nombre del suscriptor: _____ **F. de nac. del suscriptor:** _____

Empleador del suscriptor: _____ **Medio tiempo/Tiempo completo:** _____

Dirección del suscriptor: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

Compañía de seguro: _____ **Rel. con el paciente:** _____

Número/ID de póliza: _____ **Número de grupo:** _____

Nombre del suscriptor: _____ **F. de nac. del suscriptor:** _____

Empleador del suscriptor: _____ **Medio tiempo/Tiempo completo:** _____

Dirección del suscriptor: _____