

Family Practice at the Crossings
INFORMACIÓN DEL PACIENTE (eCW)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(Por favor escriba)

Dr. Sr Sra. Srta.

Nombre del Paciente (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Inicial) _____ Nombre previo _____

Dirección _____

Ciudad, Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono _____ Número Móvil. _____ Numero de Trabajo _____ Ext. _____

Proveedor Primario (PCP) _____ Proveedor que lo Recomienda _____

Nombre del proveedor de la prestación (esta práctica) _____ Correo Electrónico: _____

Fecha de Nacimiento Mes ____/Dia ____/Año _____ Sexo F – Femenino M – Masculino Transgénero

Raza indio americano o nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Negro o afro-Americanos

Blanco Declinó

Origen Étnico Hispano o Latino No Hispano o Latino Declinó

Lenguaje Inglés Español Hindú Japonés Chino Coreano Francés Alemán Ruso Otro _____

Estado Civil Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a) Legalmente Otro

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ Nombre del Empleador _____

Situación laboral 1 - Tiempo completo 2 -Ttiempo parcial 3 - Sin empleo 4 - Cuenta propia 5 - Jubilado 6 - Militar Activo

Estudiante F- Estudiante de tiempo completo P - Estudiante de tiempo parcial N – No es un estudiante

Contacto de Emergencia Apellido _____ Nombre _____

Número de Teléfono _____ ¿Tiene usted un testamento en vida? Si No

Parentesco del contacto de emergencia al paciente _____ Guardián

Dirección _____

Ciudad, Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono _____ Numero de Trabajo _____ Ext. _____

Nombre del Proveedor que lo Recomienda _____

INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA RESPONSABLE (información se utilizara para las declaraciones de balance del paciente)

Persona Responsable Otro Paciente Garante Yo

Marque aquí si la información es igual a del paciente

Nombre de la Persona Responsable (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Inicial) _____

Número de cuenta del garante _____ Fecha de Nacimiento Mes ____/Dia ____/ Año _____

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ Teléfono _____

Correo Electrónico _____ Sexo F – Femenino M - Masculino

Dirección _____

Ciudad, Estado _____ Código Postal _____

Empleador _____ Numero de Trabajo _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO (proporcionar su tarjeta de seguro medico al momento de anunciarse)

Compañía Aseguradora / Número de teléfono _____ (_____) _____

Nombre del Asegurado(a) _____ Relación del paciente con el asegurado _____

Numero ID (número de póliza) _____ Numero ID del Grupo _____ Cantidad de co-pago _____

Fecha de vigencia _____ Fecha de vencimiento _____ Fecha de Nacimiento Mes ____/Dia ____/ Año _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIA (proporcionar su tarjeta de seguro medico al momento de anunciarse)

Compañía Aseguradora/ Número de teléfono _____ (_____) _____

Nombre del Asegurado(a) _____ Relación del paciente con el asegurado _____

Numero ID (número de póliza) _____ Numero ID del Grupo _____ Cantidad de co-pago _____

Fecha de vigencia _____ Fecha de vencimiento _____ Fecha de Nacimiento Mes ____/Dia ____ Año _____

De acuerdo a mi mejor conocimiento, la información proporcionada en este formulario es correcta y esta actualizada.

Paciente (o Responsable) Firma _____ **Fecha** _____