

FACEY MEDICAL GROUP

HOJA DE INFORMACIÓN MÉDICA PEDIÁTRICA

N.º de 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: Mujer Hombre

DIRECCIÓN PARTICULAR: _____

CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO PARTICULAR: _____

RAZA: (seleccione una)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Origen Hispano/Latino/Español |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano | <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiere no |

GRUPO ÉTNICO: (seleccione uno)

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Origen Hispano/Latino/Español |
| <input type="checkbox"/> Origen NO Hispano/Latino/Español |
| <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar |

MÉTODO DE COMUNICACIÓN PREFERIDO DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Teléfono | <input type="checkbox"/> Correo | <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar |
|-----------------------------------|---------------------------------|--|

Idioma: _____

PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL RESPONSABLE DE LAS OBLIGACIONES FINANCIERAS DEL PACIENTE

NOMBRE: _____

RELACIÓN: _____ N.º DEL SEGURO SOCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

TELÉFONO PARTICULAR: _____ TELÉFONO LABORAL: _____ EXTENSIÓN: _____

TELÉFONO CELULAR/DURANTE EL DÍA: _____

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, OTRO PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL SI CORRESPONDE

NOMBRE DE CONTACTO DEL OTRO PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL: _____ RELACIÓN: _____

TELÉFONO PARTICULAR: _____ TELÉFONO LABORAL: _____ EXTENSIÓN: _____

TELÉFONO CELULAR/DURANTE EL DÍA: _____

DIRECCIÓN PARTICULAR: _____ CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL: _____

NOMBRE DE CONTACTO SECUNDARIO: _____ RELACIÓN: _____

TELÉFONO PARTICULAR: _____ TELÉFONO LABORAL: _____ EXTENSIÓN: _____

TELÉFONO CELULAR/DURANTE EL DÍA: _____

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: _____

ASIGNACIÓN 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 Asignación. Esta Autorización permanecerá vigente hasta que yo mismo la rescinda por escrito. Podrá reconocerse como válida una fotocopia de esta Asignación.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL EMPLEADO/TESTIGO: _____ FECHA: _____