

INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
Información personal	Sr./Sra./Srta. Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono particular: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____ Teléfono de contacto en caso de emergencia: (____) _____ Dirección de correo electrónico: _____ Número de Seguro Social: _____ Sexo masculino/femenino: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Estado civil: _____ Fecha de nacimiento: _____ Garante: _____ Parentesco del paciente con el garante: <input type="checkbox"/> Sí mismo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro Dirección del garante: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____) _____ Poder notarial: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Información del médico	Médico remitente: _____ Teléfono: (____) _____ Médico de atención primaria: _____ Teléfono: (____) _____
Información sobre la afección	¿Es usted diabético(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, nombre y dirección del médico que trata su diabetes: Nombre del médico: _____ Teléfono: (____) _____ Dirección: _____ ¿Ha recibido un servicio similar en los últimos cinco años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está recibiendo cuidados paliativos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Reside en algún centro de enfermería especializada (centro de convalecencia)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su afección es resultado de alguna lesión?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es negativa, pase directamente a la Información del seguro a continuación.
¿La lesión estuvo relacionada con su trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, nombre del empleador al momento del accidente: _____ Nombre del empleador: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Persona de contacto: _____ Teléfono: (____) _____ N.º de reclamo: _____
¿La lesión fue resultado de un accidente automovilístico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, nombre del perito: _____ Nombre: _____ Teléfono: (____) _____ N.º de reclamo: _____ Empleador actual: _____
SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL SEGURO	
Seguro primario	Seguro primario: _____ Dirección/teléfono: _____ N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____ Nombre del asegurado: _____ Parentesco: _____ Fecha de nacimiento: _____
Seguro secundario	Seguro secundario: _____ Dirección/teléfono: _____ N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____ Nombre del asegurado: _____ Parentesco: _____ Fecha de nacimiento: _____

Entréguele su(s) tarjeta(s) del seguro a la recepcionista para que podamos hacer copias.

Certifico que la información que he proporcionado es verdadera, precisa y completa

Firma del paciente/garante

Fecha