

## INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
<b>Información personal</b>	Sr./Sra./Srta. Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Dirección de correo electrónico _____ Teléfono celular: _____ Teléfono particular: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono de contacto en caso de emergencia: _____ 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
<b>Información del médico</b>	Médico remitente: _____ Teléfono: _____ Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____
<b>Información sobre la afección</b>	¿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
<b>¿Su afección es resultado de alguna lesión?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es negativa, pase directamente a la Información del seguro a continuación.
<b>¿La lesión estuvo relacionada con su trabajo?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, nombre del empleador al momento del accidente: Nombre del empleador: _____ Fecha de herida _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Persona de contacto: _____ Teléfono: _____ N.º de reclamo: _____
<b>¿La lesión fue resultado de un accidente automovilístico?</b>	<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	
<b>Seguro primario</b>	Seguro primario: _____ Dirección/teléfono: _____ N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____ Nombre del asegurado: _____ Parentesco: _____ Fecha de nacimiento: _____
<b>Seguro secundario</b>	Seguro secundario: _____ Dirección/teléfono: _____ N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____ Nombre del asegurado: _____ Parentesco: _____ Fecha de nacimiento: _____

**Por favor presente a la recepcionista con su (s) tarjeta (s) de seguro para poder hacer copias.**

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

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/garante

\_\_\_\_\_  
Fecha