

INFORMACION SOBRE PACIENTE ADULTO

PACIENTE

Nombre Legal _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Nombre alterno/apodo _____

Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono en casa (____) _____ Hombre Mujer Estudiante Sí TC MT No

Estado Marital: S C D V Médico referente _____ Médico Principal _____

Empleador _____ Teléfono en el trabajo (____) _____

Nombre una persona que no viva con el paciente a quien contactar en caso de emergencia:
 Nombre _____ Teléfono (____) _____ Relación al paciente _____

SI ESTA CASADO(A)

Nombre del Cónyuge _____

Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Empleador _____ Número de teléfono en el trabajo (____) _____

PERSONA RESPONSABLE POR EL PAGO (EN CASO DE QUE NO SEA EL PACIENTE)

Nombre _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono en casa (____) _____ Hombre Mujer Estudiante Sí TC MT No

Empleador _____ Número de Teléfono en el Trabajo (____) _____

INFORMACION ADICIONAL

¿Quién le informo de las Clínicas Mercy? Amigos Parientes Comerciales Otro _____

¿Algún otro individuo debe tener acceso a su información financiera o expedientes médicos? Sí No

Por favor nombre esos individuos _____

INFORMACION SOBRE SEGURO

Por favor provéanos con toda la información pertinente a su cobertura de seguro.

Seguro Principal:

Nombre del Seguro _____

Persona a nombre de la cual esta el seguro _____

Fecha de Nacimiento _____

Dirección de esta persona _____

Relación al Paciente _____

Número de Identificación _____

Número de Grupo _____

Fecha de Vigencia _____

Seguro Secundario:

Nombre del Seguro _____

Persona a nombre de la cual esta el seguro _____

Fecha de Nacimiento _____

Dirección de esta persona _____

Relación al Paciente _____

Número de Identificación _____

Número de Grupo _____

Fecha de Vigencia _____

UNA COPIA DE LA TARJETA DE SEGURO TIENE QUE SER PRESENTADA AL MOMENTO DE LA VISITA

Firma _____

Fecha _____