

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Información del paciente** Nombre \_\_\_\_\_ También conocido como \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo  Masculino  Femenino

Estado civil  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Separado Idioma de preferencia \_\_\_\_\_

Necesidades especiales  Cuidador de adultos/Tutor  Se desplaza con dispositivo de asistencia  Dificultad auditiva  
 Dificultad visual  Nacimiento múltiple  Dificultad del habla  Silla de ruedas  Intérprete  Necesidades de transporte

Raza del paciente: Raza: población humana que se considera distinta en función de las características físicas.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aborigen estadounidense | <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska   |
| <input type="checkbox"/> Asiático                | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano                                      |
| <input type="checkbox"/> Blanco                  | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otro habitante de las islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Otro                    | <input type="checkbox"/> Rechazado  |

Origen étnico: El origen étnico es un término que representa los grupos sociales con una historia compartida, sentido de la identidad, geografía y raíces culturales que pueden ocurrir a pesar de la diferencia racial.

Hispano o latino  Ni hispano ni latino

Religión \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad, calle \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono laboral/otro \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

(Al proporcionar mi dirección de correo electrónico entiendo que puedo recibir encuestas de atención de la salud y otras comunicaciones relacionadas con la salud. Entiendo que esto no se va a utilizar para comunicación con el proveedor y que el correo electrónico no es seguro y puede ser interceptado y usado por personas no autorizadas.)

Estado de empleo \_\_\_\_\_ Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

Dirección del empleador \_\_\_\_\_

Ciudad, calle del empleador \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria \_\_\_\_\_ Teléfono del médico de atención primaria \_\_\_\_\_

Médico que deriva \_\_\_\_\_ Teléfono del médico que deriva \_\_\_\_\_

Farmacia preferida \_\_\_\_\_ Teléfono de la farmacia \_\_\_\_\_

Dirección de la farmacia, ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_

**Información del padre/madre/tutor(es) o cónyuge** Nombre \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ N.º de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente) \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

Dirección del empleador \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

# UL<sup>OF</sup> Physicians

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente \_\_\_\_\_ 2.

**Contacto de emergencia** (una persona que no sea el padre o madre o que no viva con el paciente o el padre o madre)

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Padre/Madre/Tutor N.º 2** Nombre \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ N.º de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente) \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

Dirección del empleador \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

| Información del seguro médico               | Seguro principal | Seguro secundario |
|---|------------------|-------------------|
| Id. del suscriptor                          |                  |                   |
| Número de grupo o plan                      |                  |                   |
| Código del plan/programa                    |                  |                   |
| Nombre de la compañía de seguro             |                  |                   |
| Número de teléfono de la compañía de seguro |                  |                   |
| Relación del paciente con el suscriptor     |                  |                   |
| Nombre del suscriptor                       |                  |                   |
| Domicilio del suscriptor                    |                  |                   |
| Ciudad y estado del suscriptor              |                  |                   |
| Código postal del suscriptor                |                  |                   |
| Fecha de nacimiento del suscriptor          |                  |                   |
| Sexo del suscriptor                         |                  |                   |
| N.º de Seguro Social del suscriptor         |                  |                   |
| Empleador del suscriptor                    |                  |                   |
| Monto del copago                            |                  |                   |

**Información relacionada con las lesiones**  Relacionadas con el trabajo  Automóvil  Motocicleta  Otro

Fecha y hora de la lesión \_\_\_\_\_ Estado donde ocurrió la lesión \_\_\_\_\_

Nombre del contacto \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

N.º de reclamo \_\_\_\_\_ Compañía de seguro \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguro, ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente/Padre/Madre/Tutor legal/Representante legal autorizado**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Si es el Padre/Madre/Tutor legal/Representante legal autorizado, Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_