



Formulario de información sobre el paciente

Información sobre el paciente

Apellido Primer nombre Segundo nombre

Apellido anterior Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Sexo: Masculino Femenino

Dirección de facturación:

Calle Ciudad Estado Código postal

País

Dirección alternativa secundaria:

Calle Ciudad Estado Código postal

País

Consulte la página tres (3) para ver las opciones de raza e idioma:

Raza Idioma

Grupo étnico: Hispano No hispano desconocido Estado civil

Teléfono particular Teléfono durante el día

Teléfono celular/alternativo Correo electrónico

Método de contacto preferido: Teléfono particular Teléfono durante el día
 Teléfono celular/alternativo Correo electrónico

Médico de atención primaria: ¿Quién lo remitió a nuestro consultorio?

Si el paciente es menor (tiene menos de 18 años):

Nombre del padre Nombre de la madre

Información del empleador

Empleador _____ Ocupación _____ Núm. de teléfono laboral _____

Dirección del empleador:

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

País _____

Información sobre un contacto (nombre de la persona con la que debemos comunicarnos en caso de emergencia):

Apellido _____ Primer nombre _____ Relación con el paciente _____

Teléfono particular _____ Teléfono laboral _____ Teléfono celular/alternativo _____

Seguro

¿Su visita se debe a un accidente automovilístico? Sí No En caso afirmativo, fecha del accidente _____

¿Compensación de trabajadores? Sí No En caso afirmativo, fecha del accidente _____

¿Es usted responsable en forma personal de pagar los cargos de los servicios que provea nuestro consultorio?

Sí No

En caso negativo, ¿quién es el responsable? _____

Nombre del garante _____ Relación _____

Dirección (si no coincide con la del paciente) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

País _____

Nombre del empleador del garante _____

Dirección del empleador del garante:

Calle Ciudad Estado Código postal

País

Número de teléfono del empleador Extensión

Nombre del plan de seguro primario Nombre del titular de la póliza

Fecha de nacimiento del titular de la póliza Núm. de póliza Núm. de grupo de la póliza

Nombre del plan de seguro secundario Nombre del titular de la póliza

Fecha de nacimiento del titular de la póliza Núm. de póliza Núm. de grupo de la póliza

Farmacia preferida núm. 1

Nombre

Dirección Ciudad Número de teléfono

Farmacia preferida núm. 2

Nombre

Dirección Ciudad Número de teléfono

Lea Y Firme La Siguiente Información

1. El pago de los servicios debe realizarse al momento de la prestación del servicio.
2. Si se presenta la reclamación de un seguro, autorizo que los beneficios se paguen directamente a Tenet Florida Physician Services, LLC.
3. Soy responsable del saldo de mi cuenta, independientemente de mi cobertura de seguro. El incumplimiento del pago de cualquier saldo restante de mi cuenta podrá dar lugar a que se lleven a cabo procedimientos de cobro.
4. Autorizo al médico a divulgar cualquier información solicitada con respecto al procesamiento de mis reclamaciones.
5. La falta de notificación de la cancelación de una cita con 24 horas de antelación podría dar lugar a que se cobre un cargo por cancelación en mi cuenta, el cual no resultará pagadero por el seguro de salud.

Firma del paciente/padre/madre/tutor

Fecha

Elija una de las siguientes opciones para indicar su raza:

Asiática	Nativo de una isla del pacífico
Negra	Desconocida
Americano nativo	Blanca
Otra raza	

Elija una de las siguientes opciones para indicar su idioma primario:

Albanés	Inglés	Indonesio	Portugués	Tailandés
Árabe	Estonio	Italiano	Rumano	Turco
Armenio	Persa	Japonés	Ruso	Ucraniano
Azerbaiyano	Filipino	Coreano	Samoano	Vietnamita
Bosnio	Finés	Laosiano	Serbocroata	Yidis
Búlgaro	Francés	Libanés	Lenguaje de señas	
Camboyano	Alemán	Lituano	Eslovaco	
Chino	Griego	Malayo	Español	
<i>Creole</i>	<i>Creole</i> haitiano	Noruego	Sudanés	
Checo	Hebreo	Otro	Sueco	
Danés	Hmong	Pakistaní	Tagalo	
Holandés	Húngaro	Polaco	Taiwanés	