

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

Fecha: _____ Nombre del Paciente: _____

Médico Canalizador: _____

¿En que oficina vio usted a su médico que lo envió aquí?: _____

Médico de Atención Primaria o Médico Familiar: _____

Dirección de Casa: _____ Ciudad _____ Código Postal: _____

Dirección para Enviar Correo: _____ Ciudad _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Tel. Cel.: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____ Religión: _____ Raza: _____ Estado en donde nació: _____

Casado Soltero Viudo/a Divorciado Seguro Social #: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección del Trabajo: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Fecha de Jubilación: _____ Discapacidad: Sí No Fecha: _____

Cónyuge/Padre: _____ Empleador: _____

Dirección del Trabajo: _____ Teléfono del Trabajo #: _____

Fecha de Jubilación: _____ Discapacidad: Sí No Fecha: _____

¿Es ésta una lesión que ocurrió en el trabajo? _____ De ser así, fecha de la lesión: _____

¿Fue esta lesión causada por un accidente automovilístico? _____ De ser así fecha del accidente: _____

Nombre de un amigo o familiar que no vive con usted: _____

Relación: _____

Dirección: _____ No. Telefónico: _____

SI ALGUIEN QUE NO SEA EL PACIENTE ES RESPONSABLE POR EFECTUAR EL PAGO, POR FAVOR LLENE ESTA SECCIÓN:

Nombre de la persona responsable: _____

Dirección: _____ No. Telefónico: _____

Relación con el Paciente: _____ Seguro Social #: _____

Empleado Por: _____ Teléfono del Trabajo #: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO:

Número Medicare: _____

Seguro Primario: _____ Titular de la Póliza: _____

Seguro Secundario: _____ Titular de la Póliza: _____

PROVEEDOR DE COMPENSACIÓN PARA LOS TRABAJADORES:

Nombre de la Aseguradora: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de la Aseguradora: _____ Reclamación #: _____

Adventist Health Central Valley Network
DEMOGRAPHIC PATIENT INFORMATION, SPN

PATIENT LABEL

Translated by TransPerfect
The Translator's Inc.