

# Methodist Medical Group

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono particular	Trabajo	Celular	
Dirección de correo electrónico	Número de seguro social		
Farmacia preferida (Nombre/Dirección/Número de teléfono):			
Nombre y dirección del empleador:	Estado de estudiante: <input type="radio"/> Tiempo completo <input type="radio"/> Tiempo parcial <input type="radio"/> N/C		
Raza <input type="radio"/> Negro/afroamericano <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Caucásico <input type="radio"/> Hispano o latino <input type="radio"/> Otro ( <i>especifique</i> )			
Origen étnico: <input type="radio"/> Hispano o latino <input type="radio"/> No hispano <input type="radio"/> Se niega a decirlo	Estado civil <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo		
Idioma principal que se habla en la casa <input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Español <input type="radio"/> Otro (defina):			Veterano <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE/GARANTE SI DIFIERE DE LA ANTERIOR			
NOMBRE	Fecha de nacimiento	Parentesco con el paciente	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Particular/celular	Trabajo	Número de seguro social:
SEGURO PRINCIPAL			
Nombre de la compañía de seguro			Número de teléfono
Número de póliza/Número de identificación del miembro		Número de grupo	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del asegurado	Fecha de nacimiento	Parentesco con el paciente <input type="radio"/> Es el paciente <input type="radio"/> Esposo/a <input type="radio"/> Padre/Madre <input type="radio"/> Otro	
SEGURO SECUNDARIO, SI CORRESPONDE			
Nombre de la compañía de seguro			Número de teléfono
Número de póliza/Número de identificación del miembro		Número de grupo	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del asegurado	Fecha de nacimiento	Parentesco con el paciente <input type="radio"/> Es el paciente <input type="radio"/> Esposo/a <input type="radio"/> Padre/Madre <input type="radio"/> Otro	
¿CÓMO SE ENTERÓ ACERCA DE NOSOTROS?			
<input type="radio"/> Paciente actual ( <i>especifique</i> ) _____ <input type="radio"/> Referencia de un familiar( <i>especifique</i> ) _____ <input type="radio"/> Seguro <input type="radio"/> Cartel/pasó por la puerta con el auto <input type="radio"/> Empleado <input type="radio"/> Correo directo <input type="radio"/> Referencia del hospital <input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> Revista Living <input type="radio"/> Otro _____			
¿Con qué laboratorio ha firmado un contrato su compañía de seguro? <input type="radio"/> LabCorp <input type="radio"/> Quest <input type="radio"/> CPL <input type="radio"/> Otro (defina): _____ Tenga en cuenta que podemos realizar extracciones en el consultorio; no obstante, es su responsabilidad saber con qué laboratorio tiene contrato su compañía de seguro. Comuníquese con su compañía de seguro antes de realizarse la extracción de sangre para asegurarse de que cubrirá los análisis para los códigos de CPT correspondientes. No tenemos ninguna responsabilidad ante facturas de terceros relacionadas con servicios prestados.			

Certifico que he analizado detenidamente este documento, lo comprendo y lo he completado de forma honesta.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor (parentesco con el paciente, si no firma el paciente)

\_\_\_\_\_  
Fecha