



A Rogue Valley Physicians, PC clinic

POR FAVOR DE LLENAR LA SIGUIENTE INFORMACION (POR FAVOR IMPRIMIR)
INFORMACION DEL PACIENTE: FECHA DE HOY:

Nombre APELLIDO PRIMER SEGUNDO NOMBRE Telefono de casa:

SI ES MENOR DE HIJO, NOMBRE DEL PADRE DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO:

DIRECCION
CALLE, PO BOX CIUDAD ESTADO
ZIP

FECHA DE NACIMIENTO / / NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL # - -
ESTADO CIVIL SEXO

RAZA: IDIOMA: HISPANICO O LATINO [] SI [] NO FUMADOR [] SI [] NO

EMPLEADOR TELEFONO DE TRABAJO
OCUPACION

HA RECIBIDO TRATAMIENTO MEDICO BAJO UN NOMBRE DIFERENTE: [] YES [] NO

ES CASO AFIRMATIVO, QUE NOMBRE ?:

PARTIDO RESPONSABLE: SI ES LO MISMO QUE EL PACIENTE, MARQUE LA CAJA []

NOMBRE TELEFONO DE CASA:

APELLIDO PRIMER SEGUNDO NOMBRE

RELACION CON EL PACIENTE: [] CÓNYUGE [] PADRE [] PADRE CON CUSTODIAL [] RELATIVA (POR FAVOR MARQUE UNO)

DIRECCION

ZIP CALLE, PO BOX CIUDAD ESTADO

FECHA DE NACIMIENTO / / NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL # - -
ESTADO CIVIL SEXO

EMPLEADOR TELEFONO DE TRABAJO
OCUPACION

MÉTODO DE CONTACTO

PREFERIDO:

INFORMACION DEL CONYUGE: SI MISMO COMO PARTE RESPONSABLE, MARQUE LA CAJA []

NOMBRE TELEFONO DE CASA:

APELLIDO PRIMER SEGUNDO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO / / NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL # - -

NUMERO DE GRUPO # TELEFONO DE TRABAJO
OCUPACION

INFORMACION DE SEGURO (POR FAVOR, COMPRUEBE LOS QUE APLICAN)
POR FAVOR PRESENTE LAS TARJETAS DE IDENTIFICACION DE SEGUROS ACTUALES A LA RECEPCIONISTA . SE REQUIERE UN COMPROBANTE DE SEGURO

TENGO: [] MEDICARE [] MEDICAID [] SEGURO DE SALUD [] SIN SEGURO

NUMERO DE IDENTIFICACION DE MEDICARE#

NUMERO DE IDENTIFICACION DE MEDICAID#:

(SI MEDICARE COMPLETA LA PARTE POSTERIOR DEL PAPEL)

COBERTURA DE SEGURO PRIMARIO:

SEGURO DE SALUD: NUMERO DE POLITICA #
NUMERO DE GRUPO #

NOMBRE DE LOS TITULARES DE LA POLIZA _____ FECHA DE
NACIMINETO ____ / ____ / ____ SEXO _____

EMPLEADOR: _____ RELACION CON EL PACIENTE: _____

COBERTURA SECUNDARIA:

SEGURO DE SALUD: _____ NUMERO DE POLITICA #
_____ NUMERO DE GRUPO # _____

NOMBRE DE LOS TOTILARES DE LA LICENCIA _____ FECHA DE
NACIMIENTO ____ / ____ / ____ SEXO _____

NUMERO DE GRUPO # _____ RELACION CON EL PACIENTE _____

TRATAMIENTO MÉDICO RESULTANTE DE UN ACCIDENTE (INFORME COMPLETO DE ACCIDENTES)

ESTOY RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO COMO RESULTADO DE UN ACCIDENTE [] SI [] NO

SI SI, ¿QUÉ TIPO DE ACCIDENTE? [] VEHICULO DE MOTOR [] ACCIDENTE DE TRABAJO [] OTRO

INFORMACION PARA EL MÉDICO:

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ NUMER DE
TELEFONO: _____ RELACION: _____

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTRA CLÍNICA?

SI USTED SE REFIERE A NOSOTROS, COMO?: [] SITIO WEB [] DIRECTORIO DEL TELÉFONO []
OTRO _____