

Fecha: Médico de cabecera (PCP): \_\_\_\_\_  
 F. de nac.: \_\_\_\_\_  
 N.º de SS: \_\_\_\_\_ SEXO:  Femenino  Masculino Estado civil:  S  C  SEP  D  V  
 Dirección del hogar: \_\_\_\_\_  
 Ciudad/estado/cód. postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
 Teléfono diurno/celular: \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_  
 Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Dirección del empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad/estado/cód. postal: \_\_\_\_\_

<b>ORIGEN ÉTNICO: (Seleccione uno)</b> <input type="checkbox"/> Hispano/latino/de origen español <input type="checkbox"/> NO hispano/latino/de origen español <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar	<b>RAZA: (Seleccione una)</b> <input type="checkbox"/> Indígena americana/nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra/afroamericana <input type="checkbox"/> Hispana/latina <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/isleña del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar
---	---

Método preferido de comunicación: (Seleccione uno)  
 Teléfono  Correo  Prefiere no contestar

**PERSONA RESPONSABLE DE LAS OBLIGACIONES FINANCIERAS DEL PACIENTE. SI ES EL PACIENTE MISMO, INDÍQUELO.**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Relación: \_\_\_\_\_ N.º de SS: \_\_\_\_\_ F. de nac.: \_\_\_\_\_  
 Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_  
 Teléfono diurno/celular: \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_  
 Dirección del hogar (si fuera diferente de la del paciente): \_\_\_\_\_  
 Ciudad/estado/cód. postal: \_\_\_\_\_  
 Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad/estado/cód. postal: \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre del contacto principal: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_  
 Teléfono diurno/celular: \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_  
 Dirección del hogar: \_\_\_\_\_ Ciudad/estado/cód. postal: \_\_\_\_\_  
 Nombre del contacto secundario: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_  
 Teléfono diurno/celular: \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_  
 Dirección del hogar: \_\_\_\_\_ Ciudad/estado/cód. postal: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SEGURO DEL PACIENTE**

<u>Seguro principal</u> Compañía aseguradora: _____ Teléfono del seguro: _____ Suscriptor: _____ Nombre del empleador del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ N.º de SS del suscriptor: _____ N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____ Fecha de vigencia: _____	¿Tiene seguro de salud? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <u>Seguro secundario</u> Compañía aseguradora: _____ Teléfono del seguro: _____ Suscriptor: _____ Nombre del empleador del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ N.º de SS del suscriptor: _____ N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____ Fecha de vigencia: _____
--	---

**CESIÓN DE BENEFICIOS**

Por este medio autorizo y doy orden a mi compañía aseguradora para pagar a Providence Mission Heritage Medical Group los beneficios admisibles y por lo demás pagaderos a mí o a mis dependientes. Entiendo que soy responsable de los costos que no se paguen en virtud de la presente cesión. Esta autorización permanecerá vigente hasta que la rescinda yo mismo por escrito. Se aceptará una fotocopia de esta cesión.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**HOJA INFORMATIVA**

N.º de hist. clínica:
Nombre del paciente:
Fecha de nacimiento: