

For Practice Use Only: Apt. Date: Time: Account#: Doctor:

DOS PALOS APEX HEALTH CENTER

1549 Golden Gate St.
Dos Palos, CA 93620
Phone (209)392-0022 Fax (209)392-0011

Nombre del Paciente: (Primer, Segunda inicial, Apellido) _____

Numero de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Género: _____

Domicilio: _____

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono durante el Día: _____ Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____

Correo Electrónico: _____ Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Viudo

Nombre del Empleador: _____ Teléfono del Empleador: _____

Domicilio del Empleador: _____

Ciudad Estado Código Postal

Raza: American Indian/Alaska Native Asian Black White Native Hawaiian/Pacific Islander Otro

Etnia: Hispano o Latino No Hispano o Latino Idioma Preferido _____

Paciente Menor: Con quien vive el paciente? Nombre: _____ Relación: _____

Partido Responsable (Por ejemplo "yo mismo" o detalles del padre, tutor, u otra persona responsable por el consentimiento y pago):

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

Numero de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Nombre del Empleador: _____ Teléfono del Empleador: _____

Domicilio del Empleador: _____

Ciudad Estado Código Postal

Contacto de Emergencia: (La persona que podamos contactar si no nos podemos contactar con el paciente y/o persona responsable):

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

Teléfono: _____ Teléfono Alternativo: _____

El paciente tiene aseguranza? Si / No / (Por favor de presentar las tarjetas para tomarles copias.)

For Practice Use Only: Apt. Date: Time: Account#: Doctor:

Aseguranza Primaria: Nombre del Titular de la Póliza:

Numero de ID: Número de Grupo:

Domicilio de Reclamaciones:

Número de Seguro Social del Titular de la Póliza: Fecha de Nacimiento del Titular:

Aseguranza Secundaria: Nombre del Titular de la Póliza:

Numero de ID: Número de Grupo:

Domicilio de Reclamaciones:

Número de Seguro Social del Titular de la Póliza: Fecha de Nacimiento del Titular:

Información de Confidencialidad

Las leyes de confidencialidad establece que ninguna información médica relacionada con el diagnóstico o tratamiento de un paciente puede ser dado a ninguna otra persona sin el consentimiento por escrito del paciente (o tutor, si corresponde). Por favor de proporcionarnos los nombres y números de teléfono de cualquier persona con quien desea que podamos compartir su información médica, como su cónyuge, familiares o amigos:

Nombre: Relación: Teléfono:

Nombre: Relación: Teléfono:

Nombre: Relación: Teléfono:

Consentimiento para tratar a un menor: Por ley, los menores de edad deben ser acompañados por el padre/madre o tutor. Si el padre/madre o tutor no pueden acompañar al menor, tendremos que tener una carta de liberación firmada en el expediente. Por favor enliste el nombre(s) de la persona(s) que quiera dar permiso de acompañar al menor a su cita, así como el consentimiento a cualquier examen necesario, anestesia, diagnóstico médico, cirugía menor, o tratamiento que se preste bajo la supervisión general o supervisión especial y con el asesoramiento de cualquier médico o cirujano con licencia para practicar medicina en el estado de California. (Nota: Esto se vence en un año. Después del año, se le pedirá llenar otra forma separada de consentimiento para el menor.)

Nombre: Relación: Firma:

Nombre: Relación: Firma:

Nombre: Relación: Firma:

Declaración de Responsabilidad Financiera/Liberación de Información

Por la presente autorizo el tratamiento y autorizo a Dos Palos Apex Health Center a divulgar información para estos servicios a mi compañía de seguros para el pago. Autorizo además que el pago de beneficios se haga al proveedor en mi nombre.

Firma del Paciente o Padre/Tutor

Fecha