

# HOJA DE INFORMACIÓN PARA COVENANT MEDICAL GROUP

ESCRIBA CLARAMENTE Y CON LETRA DE MOLDE

FECHA: \_\_\_\_\_

EMRN: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ ALIAS (también conocido como): \_\_\_\_\_

Nº DE SEG SOCIAL: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIM: \_\_\_\_\_ SEXO:  Mujer  Hombre

ESTADO CIVIL:  Soltero  Casado  Separado  Divorciado  Viudo

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

CIUDAD/ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELÉFONO PRINCIPAL: \_\_\_\_\_ TELÉFONO MÓVIL: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_ EXT: \_\_\_\_\_

SITUACION DE EMPLEO: \_\_\_\_\_ NOMBRE DE SU EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

<b>ORIGEN ÉTNICO:</b> (Seleccione uno) <input type="checkbox"/> Origen hispano / latino / español <input type="checkbox"/> NO es de origen hispano / latino / español <input type="checkbox"/> No desea responder	<b>RAZA:</b> (Seleccione uno) <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> No desea responder	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco
--	--	--

IDIOMA PREFERIDO: (Seleccione uno)

Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

PCP (Médico de Atención Primaria): \_\_\_\_\_

## PERSONA RESPONSABLE DE LA OBLIGACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE

SI ES USTED MISMO, MARQUE EL CUADRITO A CONTINUACIÓN Y CONTÍNE CON LA SECCIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Yo

NOMBRE: \_\_\_\_\_

RELACIÓN: \_\_\_\_\_ Nº DE SEG SOC: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIM: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CASA: \_\_\_\_\_ TELÉF DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_ EXT: \_\_\_\_\_

TELÉFONO MÓVIL: \_\_\_\_\_

DOMICILIO (si es diferente al domicilio del paciente): \_\_\_\_\_

CIUDAD/ESTADO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

## EN CASO DE EMERGENCIA - NOMBRE DE UN FAMILIAR QUE NO VIVE CON USTED (Local)

NOMBRE AL MENOS UN CONTACTO

NOMBRE DEL CONTACTO PRINCIPAL: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO PRINCIPAL: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_ EXT: \_\_\_\_\_

TELÉFONO MÓVIL: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD/ESTADO /CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CONTACTO SECUNDARIO: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO PRINCIPAL: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_ EXT: \_\_\_\_\_

TELÉFONO MÓVIL: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD/ESTADO /CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL PACIENTE

¿TIENE SEGURO MÉDICO?

sí  NO

### SEGURO PRINCIPAL

COMPAÑÍA DE SEGUROS: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DEL SEGURO: \_\_\_\_\_

TITULAR: \_\_\_\_\_

Nº DE PÓLIZA: \_\_\_\_\_

Nº DE GRUPO: \_\_\_\_\_

FECHA DE VIGENCIA: \_\_\_\_\_

EMPLEADOR DEL TITULAR: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIM DEL TITULAR: \_\_\_\_\_

Nº DE SEG SOC DEL TITULAR: \_\_\_\_\_

### SEGURO SECUNDARIO

COMPAÑÍA DE SEGUROS: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DEL SEGURO: \_\_\_\_\_

TITULAR: \_\_\_\_\_

Nº DE PÓLIZA: \_\_\_\_\_

Nº DE GRUPO: \_\_\_\_\_

FECHA DE VIGENCIA: \_\_\_\_\_

EMPLEADOR DEL TITULAR: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIM DEL TITULAR: \_\_\_\_\_

Nº DE SEG SOC DEL TITULAR: \_\_\_\_\_