



Desert Senita Community Health Center

Formulario de Información acerca del Paciente

INFORMACIÓN ACERCA DEL PACIENTE

Nombre Apellido		Primer Nombre			Nº de Seguro Social	
Dirección		Ciudad	Estado	Zip	Condado	
Dirección Postal		Ciudad	Estado	Zip	Condado	
Teléfono Residencial ()		Teléfono en el Trabajo ()		Fecha de Nacimiento		Sexo: Mujer _____ Hombre _____
Relación con la Parte Responsable: Misma Persona Cónyuge Hijo Otra _____				Estado Civil: Soltero Casado Divorciado		
RAZA (marque uno): Asiático/Isleño del Pacífico		Negro	Hispánico		Idioma Nativo	
Americano Nativo		Blanco	Otro			
Contacto de Emergencia Teléfono ()						

INFORMACIÓN ACERCA DE LA PARTE RESPONSABLE (Favor de registrar el nombre de la persona financieramente responsable de su cuenta)

Nombre Apellido		Primer Nombre				
Dirección		Ciudad	Estado	Zip	Condado	
Dirección Postal		Ciudad	Estado	Zip	Condado	
Teléfono Residencial ()		Teléfono en el Trabajo ()		Ingreso Anual	Tamaño familiar	
Nombre del Patrono			Dirección del Patrono			
Nº de Seguro Social		Fecha de Nacimiento	Sexo FEMALE _____ MALE _____		Estado Civil: Soltero Casado Divorciado	

COMPAÑÍA DE SEGURO

Seguro Primario	Nº de Identificación	Grupa #	Dirección de Compañía de Seguro			
Nombre del Asegurado	Patrono del Asegurado	Relación con la Parte Responsable <input type="checkbox"/> Misma Persona <input type="checkbox"/> Conyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otra _____				
Seguro Primario	Nº de Identificación	Grupa #	Dirección de Compañía de Seguro			
Nombre del Asegurado	Patrono del Asegurado	Relación con la Parte Responsable <input type="checkbox"/> Misma Persona <input type="checkbox"/> Conyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otra _____				

MIEMBRO DE LA FAMILIA	RELACIÓN	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	SS#	CUBIERTO POR SEGURO PRIMARIO
					SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
					SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
					SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
					SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN

Por este medio me someto voluntariamente a ser tratado como paciente ambulatorio externo no hospitalizado por la Desert Senita Community Health Center, cuyo tratamiento podrá incluir procedimientos de rutina, de cirugía o de diagnóstico. Consiento además a que el personal médico y sus asistentes y A.R.N.P. me sometan a los exámenes y procedimientos de salud necesarios. Entiendo que los asistentes medicos y A.R.N.P. no son médicos licenciados y que pueden ayudar en la prestación de servicios de salud sólo bajo la dirección y vigilancia de médicos licenciados. Cedó, asimismo, los pagos de la reclamación para que sean pagados a la Desert Senita Community Health Center. Entiendo que cualquier sobrepago en mi cuenta será reembolsado de manera oportuna. Consiento a autorización y asignación podrá ser revocada por escrito por mi en cualquier momento.

FIRMADO: _____ FECHA: _____

SÓLO PARA USO INTERNO

CHART NUMBER	NEW PATIENT / UPDATED INFO.	ASSIGNED PROVIDER	INTERVIEWER INITIALS
--------------	-----------------------------	-------------------	----------------------