



¡Gracias por elegir nuestra clínica!

### Patient Information

Nombre (Apellido): \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  H  M número de seguro social: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_  Por favor, NO envíe estados de cuenta electrónicos.

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de celular: \_\_\_\_\_ Número de casa: \_\_\_\_\_  compruebe si esta bien dejar un mensaje en el correo de voz

Estado Civil:  Casado  Soltero  Divorciado  Legalmente Separado  Viudo  Pareja de Vida

Idioma preferido hablado:  Inglés  Español  Otros: \_\_\_\_\_

Raza:  Blanco  Native Americano  Isleño del Pacífico  Afro Americano  Asiático  Otro: \_\_\_\_\_

Ethnicidad:  Hispano o Latino  NOT Hispano o Latino

En caso de emergencia, póngase en contacto con: \_\_\_\_\_ NO. de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Empleo:  Jubilado  Autónomo  Otro: \_\_\_\_\_  Tiempo Completo  Medio Tiempo /  Estudiante

Nombre del empleador / empresa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

igual que el anterior

### Parte Responsable

(Complete la siguiente sección si el paciente tiene 18 años o menos)

Nombre (Apellido): \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  H  M Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de celular: \_\_\_\_\_ Número de casa: \_\_\_\_\_

Empleo:  Jubilado  Autónomo  Otro: \_\_\_\_\_  Tiempo Completo  Medio Tiempo /  Estudiante

Nombre del empleador / empresa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

### Autorización para Divulgar Información a Otra Entidad

(No es necesario para pacientes menores de 18 años)

Permito que el Sublette County Hospital District divulgue información  Médica  Financiera (marque) cuando no esté disponible para autorizar personalmente una discusión sobre mi historial / cuenta. Solo permito esta liberación a la siguiente persona con nombre(s):

Persona(s) nombrada(s): \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### Consentimiento para el Tratamiento / Registro de Autorización de Salud

Acepto voluntariamente recibir servicios de atención médica en el Sublette County Hospital District (SCHD) para evaluación, tratamiento o pruebas por medio de empleados de SCHD. Entiendo y acepto que participaré en mi plan de tratamiento y que puedo interrumpir el tratamiento o retirarme mi consentimiento para el tratamiento en cualquier momento. Entiendo que este tratamiento probablemente incurrirá en una responsabilidad financiera.

Firma: \_\_\_\_\_

Padre / Tutor Legal

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Sin seguro

### Información de seguros

Tarjeta(s) de seguro proporcionada(s)

Mi seguro PRIMARIO es:  Medicare  Medicaid ID # \_\_\_\_\_  Otro: Continúe con la siguiente sección.

Otro nombre de seguro: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_

Reclama la dirección postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  H  M

Relación del titular de la póliza con el paciente: \_\_\_\_\_

Mi SEGUNDO Seguro es:  Medicare  Medicaid ID # \_\_\_\_\_  Otro: Continúe con la siguiente sección.

Nombre de segundo seguro: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_

Reclama la dirección postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_