



¡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: _____