

A. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE: _____ SEGURO SOCIAL # _____
 APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

LICENCIA DE CONDUCIR NÚMERO: _____ ESTADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 GÉNERO Masc. Fem. ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO VIUDO SEPARADO DIVORCIADO

ETNIA: HISPANO, LATINO O DE ORIGEN ESPAÑOL NO HISPANO, LATINO O DE ORIGEN ESPAÑOL
 RAZA: ASIÁTICA NEGRA - AFROAMERICANA CAUCÁSICA – BLANCA HISPANA
 NATIVO AMERICANO – NATIVO DE ALASKA NATIVO DE HAWAI – ISLAS DEL PACÍFICO OTRA DECLINA INFORMAR

DIRECCIÓN POSTAL: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ C. POSTAL: _____
 TELÉFONO PRIMARIO: _____ CASA TRABAJO CELULAR RECORDATORIO LLAMADA : SI NO
 TELÉFONO CELULAR: _____ (ES NECESARIO PARA RECIBIR RECORDATORIO POR TEXTO)

CONDICIÓN DE EMPLEO: EMPLEADO ESTUDIANTE JUBILADO OTRO
 EMPLEADOR: _____ NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO: _____
 NÚMERO DE TEL. ALTERNATIVO DEL PACIENTE: () _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____
 EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON: _____ TEL:() _____
 ¿DESEA RECIBIR RECORDATORIOS DE SUS CITAS? SI NO
 NOMBRE DE SU MÉDICO DE CABECERA: _____ GINECÓLOGO: _____
 IDIOMA PREFERIDO: INGLÉS ESPAÑOL ASL OTRO: _____

B. INFORMACIÓN DEL GARANTE O FIADOR (SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS)

NOMBRE DEL GARANTE: _____ PARENTESCO DEL PACIENTE CON EL GARANTE: HIJO (A)
 OTRO: _____

LICENCIA DE CONDUCIR NÚMERO: _____ ESTADO: _____
 DIRECCIÓN POSTAL DEL GARANTE: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ C. POSTAL: _____
 NÚMERO DE TEL. DEL GARANTE: () _____ SEGURO SOCIAL #: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 EMPLEADOR: _____ NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

C. INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO PRIMARIO

(SI TIENE CON USTED SU TARJETA DE SEGURO MÉDICO VIGENTE NO TIENE QUE COMPLETAR LAS SECCIONES C Y D)

NOMBRE DE LA ASEGURADORA: _____
 NÚMERO DE MEMBRESÍA o CERTIFICADO: _____ GRUPO o PLAN: _____
 FECHA DE INICIO DE SU POLIZA: _____
 PARENTESCO DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO: HIJO(A)* OTRO* YO MISMO CÓNYUGE*
 (*SI EL PACIENTE NO ES EL ASEGURADO, POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN)
 NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 EMPLEADOR DEL ASEGURADO: _____

D. INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO SECUNDARIO

NOMBRE DE LA ASEGURADORA: _____
 NÚMERO DE MEMBRESÍA o CERTIFICADO: _____ GRUPO o PLAN: _____
 FECHA DE INICIO DE SU POLIZA: _____
 PARENTESCO DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO: HIJO(A)* OTRO* YO MISMO CÓNYUGE*
 (*SI EL PACIENTE NO ES EL ASEGURADO, POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN)
 NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 EMPLEADOR DEL ASEGURADO: _____