

Fecha de Hoy: _____

Apellido: _____ **Primer Nombre:** _____ **Segundo Nombre o Inicial:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** [M F] **Numero de Seguro Social:** _____

Dirección: _____ **Ciudad/Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono: _____ **Otro teléfono:** _____

Partido Responsable (padre o guardián de menor-debajo de 18 anos o niño dependiente)

Nombre de Guardián: _____ **Numero de Segura Social.:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Relación al Paciente:** _____

Dirección: _____ **Ciudad/Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Numero de Teléfono: _____ **Otro Numero:** _____

Empleo: o nombre de la escuela (*si estudiante*) _____

Ocupación: _____ **Teléfono de Trabajo/Empleo:** _____

Tiempo-Completo Medio Tiempo No Trabajo Independiente Retirado Inhabilitado Militar Otro

Ingresos mensualmente: _____ **Número de Personas en la Casa:** _____

Estado Marcial: Soltero/a Casado Divorciado Separado Biuda Otro

Grupo Étnico: Indio Americano Asiático Americano Africano Hispano Blanco Otro

Información del Seguro

Seguro Primero: _____ **Teléfono de Seguro.:** _____

Numero de Póliza.: _____ **Fecha que es en Efecto:** _____ **Numero del Grupo:** _____

¿El seguro cubre a este paciente? Si No

Nombre de Farmacia: _____ **Numero de Teléfono.:** _____

Dirección: _____ **Ciudad/Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Referido a la clínica: Dr. (Nombre de Doctor) _____ Hospital _____

Familia Amigo Otro _____

POR FAVOR LEA CUIDADAMENTE EL SIGUIENTE Y FIRME DONDE INDICADADO ABAJO

Entiendo que el cuidado médico en el FWC es proporcionado por los médicos de la enfermera, y las enfermeras avanzadas de la práctica, y el otro personal del oficio de enfermera y ancilar. Yo consienten y el permiso de la concesión a los empleados del FWC de proporcionarme cuidado médico.

Entiendo que el FWC no es una clínica gratis.

Entiendo más lejos eso sin importar mi cobertura asignada del healthcare o las ventajas de seguro, soy completamente responsable de las cargas totales para los servicios o del tratamiento proporcionado por el centro de la salud de la familia.

Tengo actualmente el seguro siguiente del healthcare: ninguno Seguro de enfermedad de Medicaid del VIRUTA otro

Consiento al FWC que divulga mi información médica según los requisitos del asegurador para obtener el pago para mi tratamiento.

Reconozco que tengo una copia del aviso de FWC de las prácticas del aislamiento

Firma del Paciente/del Guardián: _____ Fecha de hoy: _____