

LONE STAR FAMILY HEALTH CENTER

INFORMACION DEL PACIENTE

Por favor llene complete

Fecha

La Información paciente			
Apellido	Nombre	Segundo Nombre	fecha de Nacimiento
Edad	Raza y pais de origen	Sexo [] El varón [] la Hembra	Estado civil [] Solo [] Casado [] Divorciado [] Viudo
Nombrar de la Persona legalmente responsable (si menor)			
El Domicilio (Incluya nu. de Apartamento.)			
Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono de casa
Nu. de Seguro social	Nu. de Licencia de chófer	Salario anual (debe aplicar para Sliding Fee Scale y Medicaid)	Teléfono celular
Patrón			El Teléfono de Trabajo
La Dirección del patron			
Pariente más cercano que no vive con usted	Relación	Telefono	
La Dirección de pariente (nu. de la casa, calle, apartamento, ciudad, estado, código postal)			
Información sobre [] el Esposo/ [] El Padre/Madre			
Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento
Edad	Nu. de Seguro social	Nu. de Licencia de chófer	Ocupacion
Patrón			
La Dirección de patron			
Responsabilidad financiera			
La persona Responsable para esta cuenta			La relación al paciente
Nu. de Seguro social	Fecha de Nacimiento	Ingreso de Hogar Anual	Nu. de personas en Hogar
Nu. de Seguro medico del Estado		Nu. de Medicaid	
Nombre de La Compañía de seguro		Nu. de la póliza	Nu. de grupo
Dirección de la Compañía de seguro			
Referencia			
Fue referido por:		Dirección	
Autorizaciones			
Yo autorizo a Lone Star Family Health Center que divulge la Información a los portadores de Seguros acerca de esta enfermedad/accident. La firma de paciente X			
Yo asigno por la presente irrevocablemente a Lone Star Family Health Center todos los pagos para servicios medicos dados. Yo entiendo que yo soy financieramente responsable para todo los cargos no cubiertos por Seguro. La firma de paciente X			
Yo doy el consentimiento por la presente para el tratamiento de mis problemas medicos a los proveedores de cuidado de Lone Star Family Health Center. La firma de paciente X			