

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Número de seguridad social: \_\_\_\_\_ Idioma preferido: \_\_\_\_\_ Teléfono principal: \_\_\_\_\_

Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ ¿El paciente es un estudiante? \_\_\_\_\_ Nombre de la universidad: \_\_\_\_\_

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_ Médico que deriva: \_\_\_\_\_

Motivo de la cita: \_\_\_\_\_

Fecha de los primeros síntomas: \_\_\_\_\_ ¿La afección está relacionada al trabajo? \_\_\_\_\_ ¿Accidente? \_\_\_\_\_

Si el PACIENTE es un MENOR, por favor completar lo siguiente:

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Dirección de la madre: \_\_\_\_\_ Dirección del padre: \_\_\_\_\_

Empleador de la madre: \_\_\_\_\_ Empleador del padre: \_\_\_\_\_

Teléfono de la madre: \_\_\_\_\_ Teléfono del padre: \_\_\_\_\_

SI SU PLAN DE SEGURO REQUIERE UNA DERIVACIÓN, POR FAVOR ASEGÚRESE DE OBTENER SU DERIVACIÓN ANTES DE SU CITA. NOTIFIQUE A NUESTRA OFICINA INMEDIATAMENTE CUALQUIER CAMBIO EN SU SEGURO.

Por favor proporcione su tarjeta de seguro e identificación con foto a nuestra oficina al momento de su cita

Seguro primario: \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Dirección del seguro: \_\_\_\_\_ Número de seguro social (SSN) del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_ Empleador del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Número de grupo/póliza: \_\_\_\_\_

Seguro secundario: \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Dirección del seguro: \_\_\_\_\_ Número de seguro social (SSN) del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_ Empleador del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Número de grupo/póliza: \_\_\_\_\_

Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare/otras compañías de seguros por cualquier servicio prestado por Otolaryngology Physicians of Lancaster se haga para mí, o en mi nombre para Otolaryngology Physicians of Lancaster. Autorizo a cualquier poseedor de mi información médica relacionada a divulgar cualquier información necesaria para determinar estos beneficios, pagaderos a servicios relacionados, a la Administración de Financiamiento de Cuidados de la Salud y a sus agentes.

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