

Formulario de actualización para pacientes conocidas

Información de la paciente:

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de hoy: _____

Otro/APELLIDO de soltera: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad, estado y código postal: _____

Teléfono móvil: _____ Otro teléfono: _____

Correo electrónico: _____

(Al proporcionar su correo electrónico, recibirá comunicaciones sobre nuestro portal para pacientes y los servicios del centro de atención).

¿Qué medio de comunicación prefiere? (Marque todas las opciones que correspondan):

Teléfono móvil (mensaje de texto) Teléfono móvil (mensaje de voz) Otro teléfono Correo electrónico

¿Podemos enviarle un mensaje breve con información médica o con recordatorios de las citas a través del medio de comunicación que marcó como preferido? Sí No

Estado civil: Soltera Casada Viuda Divorciada Separada Concubina

Nombre del cónyuge/pareja: _____

Información de empleo

Situación laboral o estudiantil: Tiempo completo Tiempo parcial Desempleada Trabajadora independiente

Militar activa Jubilada Estudiante a tiempo completo Estudiante a tiempo parcial

Empleador: _____

Ocupación: _____ Teléfono: _____

Información secundaria (menores de 18 años y no emancipadas)

Nombre del padre/madre/tutor legal: _____ Teléfono: _____

Relación: Padre Abuela Otro pariente Otro _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación: Cónyuge/Pareja Padre/Madre Hijo/Hija Otro pariente Amigo/Amiga Otro

Proveedor de atención primaria/Proveedor referido

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Médico que refiere (si es otro): _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Información de farmacia

Nombre de la farmacia local: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad, estado y código postal: _____

Nombre de la farmacia por correo: _____

Información del seguro

Proveedor del seguro primario: _____

Nombre de la titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento de la titular de la póliza: _____

Empleador de la titular de la póliza: _____

Proveedor del seguro secundario: _____

Nombre de la titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento de la titular de la póliza: _____

Empleador de la titular de la póliza: _____

Amigos y familiares involucrados en el tratamiento (opcional)

Autorizo a que las siguientes personas reciban información sobre mi tratamiento y el pago para que colaboren en mi atención médica. Entiendo que este permiso es válido hasta que se revoque.

Use el contacto de emergencia que brindé encima

Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación: Cónyuge/Pareja Padre/Madre Hijo/Hija Otro pariente Amigo/Amiga Otro

Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación: Cónyuge/Pareja Padre/Madre Hijo/Hija Otro pariente Amigo/Amiga Otro

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, que entiendo y que estoy de acuerdo con lo anterior con respecto a la autorización para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica.

Firma de la paciente/del representante autorizado_____
Fecha

Nombre de la paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____