



# Medical Care PLLC

[www.medicalcarepllc.com](http://www.medicalcarepllc.com)

2015

**POR FAVOR USE TINTA NEGRO Y PRESIONE FIRMEAMENTE**

Gracias por tomarse el tiempo de llenar la siguiente información. Es necesario que Medical Care PLLC para actualizar historia clínica de cada paciente al año con el fin de atender las necesidades médicas del paciente. Por favor, asegúrese de que cada pregunta se responde correctamente. La información incorrecta o faltante puede dar lugar a problemas con los seguros y / o la falta de contacto con el paciente a no tener información correcta. La información que usted nos de es importante.

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Dirección de Envío (si es diferente): \_\_\_\_\_

Teléfono Principal: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Secundario: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Teléfono de Emergencia: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Masculino: \_\_\_\_\_ Femenino: \_\_\_\_\_ Hispanic/Latino Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Raza: White \_\_\_\_\_ Black/African American \_\_\_\_\_ Asian \_\_\_\_\_ American Indian/Alaskan \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Condiciones de Venta: EFECTIVO  SEGURO PRIVADO  MEDICARE  TNCARE

Por favor, tenga tarjeta de seguro y licencia de conducir disponibles.

## PERSONA RESPONSABLE (SE REQUIERE SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS)

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_ Si un estudiante, nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

## SEGURO DE INFORMACIÓN DE LA TARJETA (SI NOMBRE ES DIFERENTE DE LA TARJETA)

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_