

Información de datos del paciente

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Sexo: Masculino Femenino

Teléfono _____ Teléfono celular _____ Correo Electrónico _____

¿Está bien dejar un mensaje? Sí No

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

SS# _____ Estado civil: Soltero _____ Casado Viudo Divorciado

Raza: _____ Referido por _____

Farmacia (nombre, ubicación, teléfono) _____

Farmacia de pedidos por correo (si corresponde) _____

Contacto de emergencia: _____ Relación _____ Teléfono _____

Método de comunicación preferido (Elija uno): Texto Teléfono

Instrucciones del paciente para preferencias de comunicación:

Autorizo a Silver Cross Medical Group a ponerse en contacto para resultados:

Sólo a Mí

_____ Casa

_____ Celular

¿Acepta un mensaje en el contestador automático? _____ Sí _____ No

Otro nombre _____ Relación _____

Otro nombre _____ Relación _____

¿Sufrió una lesión en el trabajo? _____ ¿Están relacionadas sus lesiones con accidentes? _____

Autorización para tratar:

Por la presente autorizo mis beneficios de seguro a pagar directamente a Silver Cross Medical Group, dándose cuenta de que soy responsable de pagar servicios no cubiertos. Autorizo la divulgación de información médica a la compañía de seguros

Firma: _____ Fecha _____