

Apex Annex Health Center Inc

400 West I Street

Los Banos, CA 93635

Phone (209)827-9999 Fax (209)827-9998

Nombre del Paciente: (Primer, Segunda initial, Apellido) _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Género: _____

Domicilio: _____

_____ Ciudad Estado Código Postal
Teléfono durante el Día: _____ Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____

Correo Electrónico: _____ **Estado Civil:** Casado Soltero Divorciado Viudo

Nombre del Empleador: _____ Teléfono del Empleador: _____

Domicilio del Empleador: _____

_____ Ciudad Estado Código Postal

Raza: American Indian/Alaska Native Asian Black White Native Hawaiian/Pacific Islander Otro

Etnia: Hispano o Latino No Hispano o Latino **Idioma Preferido** _____

Paciente Menor: Con quien vive el paciente? Nombre: _____ Relación: _____

Partido Responsable (Por ejemplo "yo mismo" o detalles del padre, tutor, u otra persona responsable por el consentimiento y pago):

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Nombre del Empleador: _____ Teléfono del Empleador: _____

Domicilio del Empleador: _____

_____ Ciudad Estado Código Postal

Contacto de Emergencia: (La persona que podamos contactar si no nos podemos contactar con el paciente y/o persona responsable):

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

Teléfono: _____ Teléfono Alternativo: _____

El paciente tiene aseguranza? Si / No / (Por favor de presentar las tarjetas para tomarles copias.)

Aseguranza Primaria: _____ Nombre del Titular de la Póliza: _____

Número de ID: _____ Número de Grupo: _____

Domicilio de Reclamaciones: _____

Número de Seguro Social del Titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento del Titular: _____

Aseguranza Secundaria: _____ Nombre del Titular de la Póliza: _____

Número de ID: _____ Número de Grupo: _____

Domicilio de Reclamaciones: _____

Número de Seguro Social del Titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento del Titular : _____

Información de Confidencialidad

Las leyes de confidencialidad establece que ninguna información médica relacionada con el diagnóstico o tratamiento de un paciente puede ser dado a ninguna otra persona sin el consentimiento por escrito del paciente (o tutor, si corresponde).

Por favor de proporcionarnos los nombres y números de teléfono de cualquier persona con quien desea que podamos compartir su información médica, como su cónyuge, familiares o amigos:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Consentimiento para tratar a un menor: Por ley, los menores de edad deben ser acompañados por el padre/madre o tutor. Si el padre/madre o tutor no pueden acompañar al menor, tendremos que tener una carta de liberación firmada en el expediente. Por favor enliste el nombre(s) de la persona(s) que quiera dar permiso de acompañar al menor a su cita, así como el consentimiento a cualquier examen necesario, anestesia, diagnóstico médico, cirugía menor, o tratamiento que se preste bajo la supervisión general o supervisión especial y con el asesoramiento de cualquier médico o cirujano con licencia para practicar medicina en el estado de California. (Nota: Esto se vence en un año. Después del año, se le pedirá llenar otra forma separada de consentimiento para el menor.)

Nombre: _____ Relación: _____ Firma: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Firma: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Firma: _____

Declaración de Responsabilidad Financiera/Liberación de Información

Por la presente autorizo el tratamiento y autorizo a Dos Palos Apex Health Center a divulgar información para estos servicios a mi compañía de seguros para el pago. Autorizo además que el pago de beneficios se haga al proveedor en mi nombre.

Firma del Paciente o Padre/Tutor

Fecha

Testigo