

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES DO PACIENTE

APRESENTE SEU CARTÃO DO SEGURO E DOCUMENTO DE IDENTIDADE ATUAL PARA CÓPIA

INFORMAÇÕES GERAIS

Sobrenome: _____ Nome: _____
 Núm. do Social Security: _____ Data de nascimento: _____
 Endereço: _____ Cidade: _____
 Estado: _____ Código Postal: _____ Sexo de Nascimento: Feminino
 Masculino
 Telefone Residencial: _____ Celular: _____
 E-mail: _____ Idioma Principal: _____

Raça: (Marque todos os que se aplicam)

- Asiática Havaiano Nativo Outra ilha do Pacífico Afroamericana/Negro
 Índio Americana/nativo do Alasca Branco Europeu Não relatado/recusar-se a relatar

Etnia: Hispânica ou Latina Yes No Não relatado/recusar-se a relatar

Contato de Emergência: (Para ser Contactado apenas em Caso de Emergência.)

Nome: _____ Telefone: _____ Relação: _____ 18 ou mais Yes No
 Nome: _____ Telefone: _____ Relação: _____ 18 ou mais Yes No

Estado Civil: Solteira Casada Divorciada Viúva

Você não tem moradia permanente? (Você está passando por situação de sem-abrigo?) Yes No

Se sim, marque uma: Dobrando (Viver com amigos ou família) Abrigo para sem-teto Rua
 Transitória Desconhecido (Declinar para Estado) Desconhecido

Renda Familiar Mensal Aproximada?

- Sob \$1,000 \$1,000 - \$1,500 \$1,500 - \$2,000 \$2,000 - 2,500 \$2,500 - \$3,000
 \$3000 - \$3,500 \$3,500 - \$4,000 \$4,000 - \$4,500 \$4,500 - 5,000 \$5,000 - \$5,500
 \$5,500 - \$6,000 Over \$6,000

Quantas pessoas vivem em sua casa?

Nome do Paciente: _____ Data de Nascimento: _____

SEGURO PRINCIPAL

Seguradora: _____ ID de Membro: _____ ID de Grupo: _____

Relação com o(a) Segurado(a): ____ Eu mesmo(a) ____ Cônjuge ____ Filho(a) ____ Outra: _____

Nome do Titular da Apólice: _____ Data de Nascimento do Titular da Apólice: _____

Endereço do Titular da Apólice: _____

SEGURO SECUNDÁRIO

Seguradora: _____ ID de Membro: _____ ID de Grupo: _____

Relação com o(a) Segurado(a): ____ Eu mesmo(a) ____ Cônjuge ____ Filho(a) ____ Outra: _____

Nome do Titular da Apólice: _____ Data de Nascimento do Titular da Apólice: _____

Endereço do Titular da Apólice: _____

Serviços De Farmácia

Você e/ou seu menor será matriculado na Farmácia São Tiago. Se desejar cancelar, coloque aqui o nome, endereço e telefone da farmácia que deseja utilizar.

Nome da Farmácia: _____ Telefone da Farmácia: _____

Endereço: _____
