



FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PRESENTE TARJETA DE SEGURO MÉDICO E IDENTIFICACIÓN VIGENTES PARA FOTOCOPIAR

INFORMACIÓN GENERAL

Apellido: _____ Primer Nombre: _____
 Núm. de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____
 Estado: _____ Código Postal: _____ Sexo al Nacer: ___ Femenino ___ Masculino
 Hogar #: _____ Celular #: _____
 Correo Electrónico: _____ Lenguaje Primario: _____

Raza: (Marque Todo Lo que Corresponda)

- Asiático Nativo Hawaiano Otro Isleño del Pacífico Afroamericano/Negro
 Indio Americano/Nativo de Alaska Europeo/Blanco No denunciado/Negarse a informar

Etnicidad: Hispano o Latino? Sí No No Denunciado/Negarse a Informar

Contacto de Emergencia: (Para ser contactado sólo en caso de una emergencia.)

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____ 18 or encima Sí No
 Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____ 18 or encima Sí No

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

¿Le falta vivienda permanente? (¿Está experimentando la falta de vivienda?) Sí No

Si es así, marque uno Duplicación (Viviendo con Familiares o Amigos) Refugio Para Indigentes
 Calle Transicional Desconocido (Rechazar Estado) Desconocido

¿Ingreso Familiar Mensual Aproximado?

- Bajo \$1,000 \$1,000 - \$1,500 \$1,500 - \$2,000 \$2,000 - \$2,500 \$2,500 - \$3,000
 \$3,000 - \$3,500 \$3,500 - \$4,000 \$4,000 - \$4,500 \$4,500 - \$5,000 \$5,000 - \$5,500
 \$5,500 - \$6,000 Encima \$6,000

¿Cuántas personas viven en tu casa? _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

SEGURO PRIMARIO

Compañía de Seguros: _____ Identificación de Miembro: _____

Identificación del Grupo: _____

Relación con el Asegurado: Ser Esposo Niño Otro _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____

Tomadora del Seguro Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del Titular de la Póliza: _____

SEGURO SECUNDARIO

Compañía de Seguros: _____ Identificación de Miembro: _____

Identificación del Grupo: _____

Relación con el Asegurado: Ser Esposo Niño Otro _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____

Tomadora del Seguro Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del Titular de la Póliza: _____

Servicios de Farmacia

Usted y/o su Menor quedarán inscritos en la Farmacia Saint James. Si desea excluirse, escriba aquí el nombre, la dirección y el número de teléfono de la farmacia que desea utilizar.

Nombre de la Farmacia: _____ Teléfono de la Farmacia: _____

Dirección: _____
