

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(Por favor escriba claramente con letra de molde y complete las tres páginas del formulario)

Fecha: _____ Número de Seguro Social: _____

Nombre del paciente: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del Segundo Nombre)

Apellido de soltera/Otro nombre: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del Segundo Nombre)

Dirección: _____

Apto. /Lote: _____ Ciudad: _____

Condado: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Teléfono de la Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Celular: _____

Beeper: _____ Correo electrónico*: _____

** Al proporcionarnos un correo electrónico usted recibirá una invitación a inscribirse en el Portal de Pacientes de Lexington Medical Center.*

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Estado Civil: S C D V Sex: F M

Etnicidad: Me niego a contestar Hispano o Latino No Hispano o Latino

Raza: Me niego a contestar Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Americano Africano
 Nativo de Hawaii u otra Isla del Pacífico Blanco

El Paciente Habla Inglés: Sí No

Idioma Preferido: Inglés Español Otro _____

Método Preferido de Comunicación: Correo regular Correo Electrónico/Portal Teléfono de la Casa
 Teléfono del Trabajo Celular

Referido por: _____ Médico de Cabecera: _____

Contacto en Caso de Emergencia: _____ Parentesco con el Paciente: _____

Teléfono de la Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Celular: _____

Religión del Paciente: _____ Testamento Vital: Sí No

Poder Notarial: Sí No Donante de Órganos: Sí No

¿Tiene usted Seguro Médico?: Sí No

Pariente más Cercano: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del Segundo Nombre)

Parentesco con el Paciente: _____ Teléfono de la Casa/El Trabajo: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE

Nombre de la Parte Responsable: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del Segundo Nombre)

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ Edad: _____

Parentesco con el Paciente: _____ Estado Civil: S C D V Sex: F M

Teléfono de la Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____

SEGURO MÉDICO PRIMARIO PARA SER PRESENTADO

Número de la Póliza: _____ Número/Nombre del grupo: _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ Nombre del Asegurado: _____

Parentesco con el Paciente: _____

Dirección del Asegurado: _____

Número de Seguro Social o de Identificación del Asegurado: _____

Nombre de la Compañía de Seguro Médico: _____

Teléfono de la Compañía de Seguro Médico: _____

Dirección de la Compañía de Seguro Médico: _____

SEGURO MÉDICO SECUNDARIO PARA SER PRESENTADO

Número de la Póliza: _____ Número/Nombre del grupo: _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ Nombre del Asegurado: _____

Parentesco con el Paciente: _____

Dirección del Asegurado: _____

Número de Seguro Social o de Identificación del Asegurado: _____

Nombre de la Compañía de Seguro Médico: _____

Teléfono de la Compañía de Seguro Médico: _____

Dirección de la Compañía de Seguro Médico: _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR DEL PACIENTE

Empleador/Escuela: _____ Ocupación: _____

Dirección del Empleador: _____

Teléfono del Empleador: _____ Situación Laboral: Tiempo Completo Tiempo Parcial

INFORMACIÓN ADICIONAL (SÓLO PARA LOS PACIENTES DE 18 AÑOS O MENORES)

Nombre del Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____

Empleador: _____ Teléfono: _____

Nombre de la Madre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____

Empleador: _____ Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Firma de la Parte Responsable (Si es diferente): _____ Fecha: _____