



Hospital y Clínicas de Río Grande

Formulario de información para el paciente

Información para el paciente

Apellido _____ Nombre _____ MI _____

Dirección física: _____ Ciudad _____ Estado _____ Cremallera _____

Dirección postal: _____ Ciudad _____ Estado _____ Cremallera _____

Teléfono de la casa _____ Teléfono celular _____ Condado _____

Fecha de nacimiento _____ SSN (solo para veteranos) _____ Lengua materna _____

Sexo de nacimiento: Female Masculino

Raza (Escoja una): Blanco Asiático Negro/Afroamericano Indio Americano/Nativo de Alaska

Nativo de Hawái/Islands del Pacífico Desconocido Se negó a especificar

Origen étnico (elija uno): Hispano/Latino No hispanos Se negó a especificar desconocido

Identidad de género: Se identifica como mujer Se identifica como hombre FTM/Hombre Trans/Hombre Trans

Orientación sexual: Heterosexual/heterosexual Lesbianas, Gayas o Homosexuales Bisexual Opta por no revelar

Garante (Parte Responsable)

Padre/Tutor _____ Relación con el paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Teléfono de la casa _____ Teléfono celular _____

Información de contacto de emergencia

Nombre _____ Relación con el paciente _____

Teléfono de la casa _____ Teléfono celular _____

Proveedor de atención primaria

Nombre del proveedor _____ Teléfono celular _____

Nota: 2ª página en el reverso



Hospital y Clínicas de Río Grande

Formulario de información para el paciente

Seguro (si se obtuvo una copia, no complete esta sección)

Compruebe si la fotocopia de la tarjeta de seguro está completa

Aseguradora Primaria _____ Dirección _____

Nombre del suscriptor _____ Relación con el paciente _____

ID de miembro _____ Número de grupo _____

Información de Compensación para Trabajadores de Seguro de Vehículos Motorizados

Verifique si se buscó atención médica debido a problemas relacionados con el trabajo

Verificación de involucrados en un accidente automovilístico

Nombre de la compañía de seguros _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Cremallera _____

Número de reclamación _____ Persona de contacto _____

Fecha de la lesión _____ Nombre del suscriptor _____ Relación con el paciente _____

Empleador (Solo si es de Compensación del Trabajador)

Situación laboral: Empleado Autónomo Jubilado En servicio militar activo Desconocido

Nombre del empleador _____

Dirección del empleador _____ Teléfono _____

Firma

Verifico que la información anterior es objetiva y verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que el comprobante del seguro y/o el copago, si corresponde, se debe presentar en el momento del servicio.

Paciente de Firma del Tutor Legal _____ Fecha _____