



Bienvenidos Y Gracias por seleccionar Joseph P. Addabbo Family Health Center, Inc.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

*****POR FAVOR DE IMPRIMIR*****

INFORMACIÓN DEL PACIENTE						
Apellido del Paciente:	Primer Nombre del Paciente	Inicial de seg. nombre	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.	Fecha de Nacimiento MM/DD/AA	Edad	Sexo al nacer M/F Transgénero []
Dirección del Paciente:	Ciudad:	Apt#	Estado	Código Postal	Seguro Social	
¿Vive en vivienda pública? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Eres Veterano? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Está incapacitado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Esta Sin Hogar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Orientación Sexual: Nacimiento a los 17 años (no obligado a reportar) <input type="checkbox"/> Gay / Lesbiana <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar		
No. de Teléfono:	No. de Celular:	Idioma Preferido:	Correo Electrónico:	# De Dependientas		
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Niego a Responder	Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Niego a Responder <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otro isla del Pacifico			Estado Marital: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Sep		
Nombre De Farmacia:	No. De Teléfono de Farmacia		<input type="checkbox"/> Cheque aquí si no tiene seguro			
Nombre de Primar Seguro	Nombre del Segundo Seguro		Nombre de la Persona Encargada del Seguro:			
ID #	ID #		Fecha de Nacimiento de persona Encargada del Seguro:			
INFORMACIÓN DE PADRE/ MADRE O GUARDIÁN LEGAL/ CUIDADOR						
Apellido de Padre/Madre O Guardián:	Primer Nombre:	Inicial de Seg. Nombre	SEXO	Fecha de Nacimiento		
<input type="checkbox"/> Cheque aquí se el paciente reside con los Padres/Guardián <input type="checkbox"/> si NO por favor imprimir dirección debajo		Relación al Paciente: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro		Correo Electrónico:		
Dirección:	No. de Teléfono Primario	No. de Trabajo		No. de Celular		
CONTACTO DE EMERGENCIA						
Nombre:	Relación al Paciente	# de Teléfono	# de Teléfono Adicional			
CERTIFICACIÓN DE PACIENTE						
<p>YO CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN DADA POR EL FIRMANTE ES VERDAD. ENTIENDO QUE EL CENTRO DE SALUD JOSEPH. P. ADDABBO PROVEERÁ ASISTENCIA MEDICA PARA LA SALUD BAJO LA GERENCIA DE MEDICINA GENERAL, DENTAL, OTROS PROFESIONALES ALIADOS Y PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA PROVEER CUIDADO Y ADMINISTRAR PRUEBAS DIAGNOSTICAS, EXÁMENES TERAPÉUTICAS, PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTO COMO EN EL JUICIO DEL PERSONAL PROFESIONAL CON LICENCIA QUE SE CONSIDEREN NECESARIAS O CONVENIENTES. EL CENTRO DE SALUD JOSEPH P. ADDABBO NO ES RESPONSABLE DE CUALQUIER ACTOS O OMISIONES ADENTRO DESPUÉS DE LAS ÓRDENES DEL DOCTOR. ESTOY DE ACUERDO CON CUALQUIER SERVICIOS DADOS, PARA MI O MIS FAMILIARES DEPENDIENTES. YO ACEPTO RESPONSABILIDAD POR EL PAGO DE LOS CARGOS POR LOS SERVICIOS DADOS A MI O MIS DEPENDIENTES. TENGO POR ENTENDIDO QUE TODAS LAS FACTURAS ESTÁN A COBRO CUANDO LOS SERVICIOS SON DADOS. YO AUTORIZO PAGO DE BENEFICIOS DE ATENCIÓN MEDICA PARA LA CLÍNICA DE JOSEPH P. ADDABBO. YO ACEPTO TODO RESPONSABILIDAD POR LOS COSTOS INCURRIDOS EN EL COBRO MI SERVICIOS. AUTORIZO LA CLÍNICA JOSEPH P. ADDABBO A DIVULGAR CUALQUIER INFORMACIÓN NECESARIA PARA PROCESAR ESTA O CUALQUIER RECLAMO RELACIONADO. YO HE RECIBIDO UNA COPIA DE LA FACTURA DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE. UNA COPIA DE ESTA VERSIÓN SE PUEDE UTILIZAR EN EL LUGAR DEL ORIGINAL. EN EL INTERÉS DE SU ATENCIÓN MEDICA, USTED ES RESPONSABLE DE ASEGURARSE DE QUE SU PROVEEDOR TENGA SU NUMERO DE TELÉFONO Y DIRECCIÓN ACTUAL, COMO SU PROVEEDOR PUEDE TENER QUE LUGAR A USTED CON RESPETO A SU ATENCIÓN MEDICA. AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, DOY EL CONSENTIMIENTO DE LA CLÍNICA DE JOSEPH P. ADDABBO PARA REVISAR MI HISTORIA DE MEDICAMENTOS EXTERNOS.</p>						
FIRMA:	IMPRIMIR NOMBRE:			FECHA:		
RELACIÓN AL PACIENTE <input type="checkbox"/> MISMO <input type="checkbox"/> PADRE/MADRE <input type="checkbox"/> GUARDIÁN <input type="checkbox"/> OTRO _____						
TESTIGO/EMPLEADO						
FIRMA:	IMPRIMIR NOMBRE:			FECHA:		