



University HealthCare Alliance

Gracias por elegir nuestra oficina. Con el fin de servirle correctamente, necesitaremos la siguiente información. Por favor imprima. Toda la información es estrictamente confidencial.

Nombre del paciente (Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre) Primer Idioma
Direccion (Calle) (Apt.) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)
Numero de casa() Numero de trabajo() Ext.()
Numero de celular() Otro()
Empleador Situacion laboral TC TP Estudiante Jubilado Sin Empleo
Sexo M F Fecha de nacimiento / / Seguro Social
Correo electronico
Estoy de acuerdo en comunicarme con la oficina de mi proveedor por correo electrónico SI NO
Medico de atencion primaria Numero de licencia
Raza: Hispano/Latino No Hispano/Latino Niego a mencionar
Preferencia Religiosa Niego a mencionar
Estado Civil: Soltero Casado Socio de la vida Viudo Divorciado Separado

Información de la parte responsable Completo si el paciente no es responsable o si el paciente es menor de edad

Parte Responsable (Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre) Seguro Social
Direccion (Calle) (Apt.) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)
Empleador Situacion laboral TC TP Estudiante Jubilado Sin Empleo

Información del seguro Por favor complete abajo y dar copias a la oficina de sus tarjetas

Seguro Primario ID#
de Grupo Proveedor en la tarjeta
Direccion de seguro (Calle) (Apt.) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)
Tomador Fecha de nacimiento Relacion al Paciente
Empleador Situacion laboral TC TP Estudiante Jubilado Sin Empleo
Seguro secundario ID#
de Grupo Proveedor en la tarjeta
Direccion de seguro (Calle) (Apt.) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)
Tomador Fecha de nacimiento Relacion al Paciente
Empleador Situacion laboral TC TP Estudiante Jubilado Sin Empleo

Contacto de Emergencia

Primer Persona
Relacion Primer # de telefono (Casa/Cell/Trabajo)
Segundo # de telefono (Casa/Cell/Trabajo)

Persona a notificar en caso de emergencia # 2 _____
Relacion _____ Primer # de telefono (____) _____ (Casa/Cell/Trabajo)

Segundo # de telefono (____) _____ (Casa/Cell/Trabajo)

PARA PACIENTES MENORES DE EDAD

Niño vive principalmente con _____

Informacion de Primer Padre

Nombre _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Relacion con el paciente _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Seguro Social _____

Direccion _____
(Calle) (Apt.) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Numero de casa(____) - _____ Numero de trabajo(____) - _____ Ext.(____) - _____

Numero de celular(____) - _____ Otro(____) - _____

Informacion de Segundo Padre

Nombre _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Relacion con el paciente _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Seguro Social _____

Direccion _____
(Calle) (Apt.) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Numero de casa(____) - _____ Numero de trabajo(____) - _____ Ext.(____) - _____

Numero de celular(____) - _____ Otro(____) - _____

Nombres de hermanos (Si los hay)

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Política de no Mostrar

Como paciente de nuestra práctica, será su responsabilidad cumplir con las citas programadas. Nuestra oficina requiere notificación de la cancelación al menos 24 horas antes de la cita o antes si es posible. Por favor, póngase en contacto con nuestra oficina para cancelar y reprogramar una cita.

Nuestra práctica le considerada un momento "cita fallida" un paciente no ha dado el preaviso anteriormente. Un cargo de falta será aplicado a su cuenta si no se da aviso previo. El cargo se van de \$ 25 / \$ 100, dependiendo del tipo de cita perdida.

Firma

He leído y estoy de acuerdo con lo anterior for University Healthcare Alliance

He revisado y confirmo que la información proporcionada es correcta

Firma del Paciente/Cuidador/ Representante del paciente

Relacion al Paciente

Escriba el nombre (si no es el paciente) _____ Fecha _____

University HealthCare Alliance ("UHA") es una fundación médica afiliada a Stanford Health Care y Stanford Medicine. UHA contrata a varios grupos médicos para proporcionar atención médica en las clínicas de UHA. Ni UHA ni Stanford Health Care ni Stanford University emplean a los médicos de las clínicas ni ejercen control sobre los servicios profesionales proporcionados por los grupos médicos.