



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

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

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

Numero de celular() _____ Otro() _____

Empleador _____ Situación laboral TC TP Estudiante Jubilado Sin Empleo

Sexo M F Fecha de nacimiento ____/____/____ Seguro Social _____

Correo electrónico _____

Estoy de acuerdo en comunicarme con la oficina de mi proveedor por correo electrónico SI NO

Médico de atención 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 _____ Seguro Social _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

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

Empleador _____ Situación 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 _____

Dirección de seguro _____
(Calle) (Apt.) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Tomador _____ Fecha de nacimiento _____ Relación al Paciente _____

Empleador _____ Situación laboral TC TP Estudiante Jubilado Sin Empleo

Seguro secundario _____ ID# _____

de Grupo _____ Proveedor en la tarjeta _____

Dirección de seguro _____
(Calle) (Apt.) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Tomador _____ Fecha de nacimiento _____ Relación al Paciente _____

Empleador _____ Situación laboral TC TP Estudiante Jubilado Sin Empleo

Contacto de Emergencia

Primer Persona _____

Relación _____ Primer # de teléfono _____ (Casa/Cell/Trabajo)

Segundo # de teléfono _____ (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.