

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE INTERNACIONAL
Información de contacto

Nombre del paciente:

(Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre)

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: **M** **F** # del Seguro Social de EE. UU. _____
(si el paciente cuenta con este)

Dirección en el extranjero:

Tel: _____ Fax: _____

Celular: _____ Correo electrónico: _____

Dirección en EE. UU para efectos de facturación: (Si no tiene una dirección en EE. UU., deje esta sección en blanco).

**Tenga en cuenta que todos los pacientes pueden acceder a su información de facturación a través de MyHealth.*

Información sobre el empleo del paciente:

Nombre del empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____

Tel: _____ Fax: _____

Persona de contacto en EE. UU (en su caso)

Nombre de la persona: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Tel: _____ Fax: _____

Celular: _____ Correo electrónico: _____

Información médica

Diagnóstico del paciente *: _____

*Adjunte copias de todos los expedientes/ documentos médicos (traducidos al idioma inglés). Por favor no envíe documentos por Dropbox, Google Drive u otros sitios externos.

Solicitudes de citas especiales/disponibilidad del paciente:

Seguro médico internacional

Se puede usar el seguro médico internacional para todos los servicios con un costo estimado que exceda los \$1,000 dólares. Solo se facturará al seguro médico si cuenta con una dirección de facturación en EE. UU. Precisamos una carta escrita de garantía de parte de la compañía de seguro médico donde se incluya el monto máximo de la póliza, los deducibles y las exclusiones. Adjunte fotocopias del frente y dorso de las tarjetas del seguro médico.

Servicios médicos internacionales que se solicitan

Indique si el paciente/un familiar del paciente necesita alguno de los siguientes servicios:

Servicios de interpretación Sí No Si es así, indique el idioma _____

Alojamiento Sí No Si es así, indique el rango de precios _____

Transportación desde el aeropuerto Sí No Si es así, indique la información del vuelo y el número de personas que viajan con usted _____

Indique a continuación cualquier necesidad/solicitud especial que el paciente pudiera tener (adjunte una hoja adicional de ser necesario):

Información de derivación

Quién lo remitió con nosotros? (Escriba el nombre, relación e información de contacto) _____

¿Cómo se enteró de nosotros? (Marque todas las casillas correspondientes)

Derivación del médico Foros médicos de Stanford Renombre Otro: (especifique) _____
 Amigo, pariente Sitio web Medios de comunicación