

# Children's Medical Center of Tucson- Informacion del Paciente

(pedimos que esta forma se llene de nuevo cada vez que haiga un cambio o anualmente)

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Sexo M / H \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ # SS \_\_\_\_\_ Peso al nacer \_\_\_\_\_

Madre/Guardian: \_\_\_\_\_ # SS \_\_\_\_\_ Fecha de Nac \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_ Telefono de empleo: \_\_\_\_\_

Padre/ Guardian: \_\_\_\_\_ # SS \_\_\_\_\_ Fecha de Nac \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_ Telefono de empleo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codico Postal \_\_\_\_\_

Direccion para correspondencia: \_\_\_\_\_

Telefono de casa \_\_\_\_\_ Cell : \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Da permiso a los empleados de CMCT dejar un mensaje en su telefono de casa? SI -O- NO

Nombre de un pariente mas cercano que no vive con usted: \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Nombre de persona para contacto en caso de emergencia? \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Quien es responsable por la cuenta financiera? \_\_\_\_\_

Por favor de indicar los nombres de las persons autorizadas traer a su hijo en caso de su ausencia para atencion medica?\*

\*(Identificacion requerida y sera confirmada)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente \_\_\_\_\_

## Informacion PRIMARIA de Seguro

Plan \_\_\_\_\_ # de Identificacion \_\_\_\_\_

Numero de grupo \_\_\_\_\_ Cantidad de Copay \$ \_\_\_\_\_

Nombre de persona asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nac \_\_\_\_\_

Lugar de empleo de asegurado \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

## Informacion SECUNDARIA de Seguro

Plan \_\_\_\_\_ # de Identificacion \_\_\_\_\_

Numero de grupo \_\_\_\_\_ Cantidad de Copay \$ \_\_\_\_\_

Nombre de persona asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nac \_\_\_\_\_

Lugar de empleo de asegurado \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Entiendo y convengo esto, (sin importar mi estado de seguro) yo soy en ultima instancia responsable del equilibrio en mi explico los servicios profesionales rendidos. He leido toda la infomacion en ambos lados de esta hoja y he terminado las preguntas antedichas. Certifico que toda la informacion que he proporcionado es la verdad y correcta al mejor de cualquier conociemento. Le notificare de cualquier cambio en mi estado de seguro medico o la informacion atendida, tambien he leido y he recibido una copia del aviso de las practicas de la aislamiento.

FIRMA de madre o padre: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de otros hijos que ya son atendidos por nuestra clinica : \_\_\_\_\_

Rec \_\_\_\_\_ Ent \_\_\_\_\_

~ FAVOR DE LEER EL LADO DE ATRAS ~