

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 ~