



**HOJA DE INFORMACIÓN/REGISTRO DEL PACIENTE
(PATIENT REGISTRATION / INFORMATION SHEET – SPANISH)**

Nombre: _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino Estado civil: _____

Número de Seguro Social: _____ Correo electrónico*: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Lenguaje Primario: _____

Raza: Indígena americano Asiático Afroamericano Nativo de Hawái Blanco Otra Se desconoce

Origen étnico: Hispano/latino No hispano/latino

Preferencia de religión (opcional): _____

* Al proporcionar su dirección de correo electrónico, elige recibir comunicaciones de Hoag Medical Group y sus filiales por ese medio.

Situación laboral: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de jubilación (si corresponde): _____ Fecha de jubilación del cónyuge (para pacientes de Medicare): _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____

Por el presente, autorizo que se comuniquen con la persona indicada arriba si no pueden contactarme. Además, autorizo que cualquier médico encargado de mi atención o representante del médico hable con esta persona sobre mí o mi afección médica, lo que incluye, entre otros, los resultados de las pruebas de laboratorio, patología o diagnóstico. Sí No

Seguro principal: HMO POS/PPO Medicare Particular Otro: _____

Compañía aseguradora: _____ N.º de grupo: _____ N.º de id./póliza: _____

Seguro secundario: HMO POS/PPO Medicare Particular Otro: _____

Compañía aseguradora: _____ N.º de grupo: _____ N.º de id./póliza: _____

Titular del seguro principal: _____ Relación: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Situación laboral: _____ Empleador: _____

Cargo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Médico que lo remitió: _____ Otro médico responsable: _____

Paciente/Representante Legal: _____ Fecha/Hora: _____

Si la persona que firma no es el paciente, indique la relación: _____

Nombre en letra de imprenta (Representante Legal): _____

QUESTIONNAIRE

Form# 8019-S

Rev 12/01/21



[2050]

PATIENT LABEL