



INFORMACIÓN DEL PACIENTE (LETRA DE MOLDE – USE SOLO TINTA):

() Jr. () Sr. () Otro

Nombre del paciente: (Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Segundo nombre): _____

Otro nombre: _____ () Femenino () Masculino Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Número de Seguro Social (si lo tiene): _____

() Niños () Soltero () Casado () Divorciado () Viudo () Separado legalmente () Viven juntos () Pareja de vida

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

Teléfono Particular: (____) _____ () Día () Noche Teléfono laboral: (____) _____ () Día () Noche

Teléfono Celular: (____) _____ ¿Nos autoriza a enviarle mensajes de texto? Sí_ No_ Dirección de correo electrónico: _____

SITUACIÓN DE EMPLEO:

() Estudiante () Empleado () Jubilado () Trabajador independiente () Desempleado

Empleador _____ Ocupación: _____

INFORMACIÓN DE REMISIÓN:

Médico o clínica que lo envió: _____ Teléfono/fax: _____

TIENE SEGURO MEDICO?:

() Si () No

¿Tiene otro Seguro Medico además de Medicaid? () Si () No

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE:

() Paciente () Cónyuge () Padre/Madre () Tutor () Pareja

(Apellido): _____ (Primer nombre): _____ (Segundo nombre): _____

N.º de seguro social: _____ () Femenino () Masculino Fecha de nacimiento: _____

Mismo Como pur encima (si es diferente, por favor complete)

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

Teléfono Particular: (____) _____ () Día () Noche Teléfono del trabajo: (____) _____ () Día () Noche

Teléfono Celular: (____) _____ Correo electrónico: _____

SEGURO PRIMARIO:

Relación con el paciente: () Paciente () Cónyuge () Padre/Madre () Otro

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Mismo Como pur encima (si es diferente, por favor complete):

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

Nombre del empleador del asegurado: _____ Número de membresía: _____

Nombre de la compañía aseguradora: _____ Número de teléfono (____) _____ Número de grupo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código postal _____

SEGURO SECUNDARIO:

Relación con el paciente: () Paciente () Cónyuge () Padre/Madre () Otro

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Mismo Como pur encima (si es diferente, por favor complete):

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

Nombre del empleador del asegurado: _____ Número de membresía: _____

Nombre de la compañía aseguradora: _____ Número de teléfono (____) _____ Número de grupo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código postal _____

Certifico que a mi leal saber y entender, la información que antecede es correcta. Por este medio autorizo a SOUTHERN NEVADA HEALTH DISTRICT a divulgar cualquier información adquirida en el transcurso de mi examen/tratamiento a mi compañía de seguros. Acepto que soy responsable de cualquier saldo adeudado.

Firma del paciente (o la parte responsable) _____

Fecha _____

Web IZ # _____

Iniciales de SNHD _____