

Inscripción de Pacientes

Página 1

Fecha (mm/dd/aaaa) _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido del paciente _____ Primer nombre _____

Sexo M ☐ F ☐ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ Edad _____ Pasaporte # _____

Lugar de nacimiento _____ Idioma de preferencia _____

(Pacientes menores de edad SOLAMENTE, favor incluir informacion de los padres)

Nombre de la madre _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____

Nombre del padre _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____

Dirección de residencia en su país _____

Ciudad _____ País _____

Teléfono fijo (incluir el código de la ciudad y del país) _____

Teléfono celular (incluir el código de la ciudad y del país) _____

Correo electrónico _____ Nombre y teléfono de contacto en caso de emergencia _____

Relación con el paciente _____ Dirección _____

Teléfono (incluir el código de la ciudad y del país) _____

Contacto en los Estados Unidos, nombre dirección y teléfono (hotel, apartamento o sitio donde se alojara)

INFORMACIÓN SOBRE SU SEGURO DE SALUD

Tiene cobertura de seguro médico? Si ☐ No ☐ **(Si responde NO, complete la información del*)**

Nombre de la compañía de seguro _____

Nombre del titular _____ Seguro Social del titular _____

Fecha de nacimiento del titular (mm/dd/aaaa) _____

Póliza # _____ Grupo # _____ Teléfono de la compañía de seguro _____

Dirección de la compañía de seguro _____

Relación/Parentesco con el titular de la póliza _____

Inscripción de Pacientes

Página 2

*Persona responsable por el pago: Nombre _____

Teléfono _____ Relacion con el paciente _____

En caso que el paciente no tenga cobertura de seguro médico, el total del presupuesto de los cargos hospitalarios y honorarios médicos debe ser pagado antes de la primera consulta. Podría haber cargos adicionales por circunstancias que no estén expresamente previstas.

INFORMACIÓN SOBRE LA CITA MÉDICA

Diagnostico o condición médica del paciente? _____

Tiene un médico de preferencia? _____ Posible fecha de la cita (mm/dd) _____

No podemos asegurar la disponibilidad de la fecha solicitada, pero haremos todo lo posible para programarla.

Fecha tentativa de llegada _____ Fecha tentativa de regreso _____

Especialidad médica que solicita _____

Especialidad médica que solicita _____

Especialidad médica que solicita _____

REFERENCIA

- ☐ Ha sido atendido anteriormente en alguno de nuestros hospitales del Memorial Healthcare System
fecha (mm/aaaa) _____
Remitido por:
- ☐ Médico (Especialidad, Teléfono, E-mail) _____
- ☐ Amigo o Familiar
- ☐ Sitio Web
- ☐ Otro _____

Favor suministrar la inscripción del paciente adjunto con los siguientes documentos: Pasaporte, informe médico, copia de la tarjeta de seguro. (Ambos Lados)

Cualquier información enviada que sea relacionada a esta inscripción será utilizada de acuerdo a la ley federal que protege la privacidad de la información médica en los Estados Unidos (HIPPA), y las leyes del Estado de la Florida.

Nombre _____ Firma _____ Fecha _____