

**Información del Paciente**

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial de Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección de correo: \_\_\_\_\_ Dirección Física: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Teléfono Principal: \_\_\_\_\_ Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ # De Seguro Social: \_\_\_\_\_ Preferencia Religiosa: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Casado/a Soltero/a Viudo/a Divorciado/a Nombre de Soltera: \_\_\_\_\_

Nombre de su madre: (Pregunta de seguridad) \_\_\_\_\_ Médico de Cabecera: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del paciente para seguir a mi paciente de salud Portal: \_\_\_\_\_

Si fuera necesario contactarle para confirmar su cita o seguimiento de su cuidado médico, podemos dejarle mensaje? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Información de Empleo del paciente/persona responsable por el paciente**

Nombre De Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Tiempo parcial o completo

**Persona Responsable Por El Paciente (si es menor de edad)**

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre Inicial: \_\_\_\_\_

Dirección de correo: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ # De Seguro Social: \_\_\_\_\_ Relación Al Paciente \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

**Contacto en caso de emergencia o de sus Familiares**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación Al Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

**Información De Aseguranza**

Nombre De Aseguranza: \_\_\_\_\_ # De Póliza: \_\_\_\_\_ # De Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre De Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ # De Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación Al Paciente: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a Grand River Medical Clínicas para proporcionar información a mi seguro médico con respecto a mi enfermedad y tratamientos para proceder reclamos de seguro médico. Yo también asigno a los proveedores todos los pagos por servicios médicos prestados. Yo sé y entiendo que cualquier pago que halla sido rechazado por mi seguro médico son entre la empresa y yo. Yo soy responsable por cualquier cantidad que mi seguro médico no cubra por servicios prestados.

**Origen Étnico**

- Hispano/Latino
- No-Latino/Hispano
- Otro
- Prefiero no Contestar

**Raza**

- Blanco
- Hispano
- Asiático
- Otro
- Indio Americano/Nativo de Alaska
- Negro/Afro Americano
- Nativo de Hawái/Islas del Pacifico
- Prefiero no Contestar

**Idioma Principal**

- Ingles
- Español
- Lenguaje de señas Americano
- Otro
- Prefiero no Contestar

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_