



Kid Care Medical at
LEGACY
MEDICAL CARE



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Primer Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: ____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento _____

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

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Correo electrónico: _____

Seguro Social: _____ Idioma preferido: Inglés Español Otro _____

Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Compañero Otro _____

Raza: Afroamericano Asiático Caucásico Hispano Prefiero no compartir Otro _____

Etnicidad: Hispano No es hispano Prefiero no compartir

Sexo: Masculino Femenino Hombre transgénero (M a F) Mujer transgénero (F a M)

Orientación sexual: Heterosexual Homosexual Bisexual No sé Prefiero no compartir

Nombre del empleador: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE PADRES / TUTORES

Nombre de la madre / tutor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección de la madre / tutor: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Seguro Social: _____

Nombre del empleador de la madre / tutor: _____ Teléfono del empleador: _____

Dirección del empleado: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del padre / guardián: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del Padre / Guardián: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Seguro Social: _____

Nombre del empleador del padre / tutor: _____ Teléfono del empleador: _____

Dirección del empleado: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Cómo escucho sobre nuestra clínica? Amigo / Familia Anuncio Oficina Médica Escuela Otro _____

Legacy Medical Care Inc. puede llamar al número de teléfono proporcionado para recordarle de sus citas y cuando el paciente necesita una cita. Sí No

Nombre de su farmacia: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de la farmacia: _____

Legacy Medical Care Inc. tiene consentimiento para obtener el historial de sus recetas. Sí No

CONTACTO DE EMERGENCIA

Le doy autorización a las personas indicadas para que sean contactados y se les de información médica en caso de una emergencia.

Contacto de emergencia primario: _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____

Contacto de emergencia secundario: _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____

COBERTURA DE ASEGURANZA PARA PACIENTES

¿El paciente tiene aseguranza medica? Sí No

Tipo principal de cobertura: Medicaid Medicare PPO HMO

Nombre del seguro primario del paciente: _____ Fecha efectiva: _____

Número de identificación de miembro: _____ Número de grupo: _____ Nombre del responsable: _____

Dirección de la empresa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Tipo de cobertura secundaria: Medicaid Medicare PPO HMO

Nombre del seguro secundario del paciente: _____ Fecha efectiva: _____

Número de identificación de miembro: _____ Número de grupo: _____ Nombre del responsable: _____

Dirección de la empresa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Ingresos del hogar: _____ semana mes año Número de dependientes del hogar: _____

¿El paciente tiene un hogar en donde vivir? Sí No

Por medio de la presente, autorizo y asigno a Legacy Medical Care inc. todos mis derechos, e intereses sobre mi beneficio de reembolso médico conforme a mi póliza de seguro. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para determinar estos beneficios. Esta autorización seguirá siendo válida hasta que yo, revoco dicha autorización por escrito. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, estén o no cubiertos por el seguro.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____