

**IMPERIAL VALLEY FAMILY CARE MEDICAL GROUP, APC**  
**INFORMACION DEL PACIENTE**

FECHA: \_\_\_\_\_

DOCTOR \_\_\_\_\_

CUENTA DE PACIENTE # \_\_\_\_\_

SI NO ES APPLICABLE ESCRIBE N/A

<b>APELLIDO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>INICIAL</b>	<b>RAZA</b> (Circula Uno): Am Indio/Nativo de Alaska/Asiático/Negro/Blanco/Hispano/Otra Raza/Ninguno <b>Origen Etnico</b> (Circula Uno): Hispano/No Hispano/Negarse a denunciar <b>LENGUAJE</b> (Circula Uno): Ingles/Espanol/Indio/ Otro  Telefono De Casa #: _____ Celular # _____ Mensaje o de Negocio # _____  <b>Correo Electronico:</b> <input type="checkbox"/> No tengo correo electronico.  <b>PERSONA PARA NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA-</b> (NOMBRE/DIRECCION DE UN PARIENTE QUE NO VIVE CON USTED) _____ <b>TELEFONO:</b> _____  <b>FARMACIA</b> Nombre _____ Direccion _____  <b>QUIEN LO REFIRIO?</b>			
<b>DIRECCION</b>	<b>APT. NO.</b>	<b>CIUDAD ESTADO</b>			<b>CODIGO</b>	<b>POSTAL</b>
<b>CORRESPONDENCIA (SI ES DIFERENTE)</b>						
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEGURO SOCIAL</b>				
<b>SEXO ASIGNADO AL NACER:</b> <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> Otro						
<b>ESTADO CIVIL</b> Soltera/Soltero <input type="checkbox"/> Casada/Casado <input type="checkbox"/> Divorciada/Divorciado <input type="checkbox"/> Pareja Doméstica Registrada <input type="checkbox"/> Pareja Soltera <input type="checkbox"/> Menor*						
<b>Identidad de Género</b> <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Prefiero No Decirlo						
<b>Pronombres:</b> <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> El/Su <input type="checkbox"/> Ellos/Suyos <input type="checkbox"/> Otro						
<b>Transgenero</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Transgenero <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Transgénero/Mujer Trans <input type="checkbox"/> Hombre Transgénero/Trans Masculino <input type="checkbox"/> No Binaria or Binario/Género/Liquido de Género <input type="checkbox"/> Dos Espiritus <input type="checkbox"/> Prefiere Autodescribirse _____ <input type="checkbox"/> Prefiero No Decirlo						

**PRESENTE SU(S) TARJETA(S) DE SEGURO ACTUAL(S) A LA RECEPCIONISTA**

<b>RESPONSABILIDAD FINANCIERA</b>					<input type="checkbox"/> <b>PACIENTE ES MENOR- INFORMACION DE PADRE</b>				
<b>APELLIDO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>SEGURO SOCIAL</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>RELACIÓN CON PACIENTE</b>					
<b>DIRECCION</b>	<b>TELEFONO DE CASA</b>	<b>NUMERO DE CELLULAR</b>	<b>DIRECCIÓN DEL EMPLEADO</b>						

**ACUERDO FINANCIERO**

- YO CONSIENTO EL TRATAMIENTO NECESARIO PARA EL CUIDADO DEL EL PACIENTE NOMBRADO.
- YO AUTORIZO LA ENTREGA DE EXPEDIENTES MEDICOS AL EL MEDICO DEL LA FAMILIA O AL MEDICO REFERIDO Y A MI COMPANIA DE SEGURO SI LO SOLICITAN.
- YO SOY RESPONSABLE DE PAGAR CO-PAGOS/CO-SEGURO Y DEDUCIBLES.
- YO INTIENDO QUE TENGO QUE PAGAR AL CONTADO DE CARGOS ES MI RESPONSABILIDAD A MENOS QUE OTRO ACUERDO FINANCIERO SEA HECHO EN LA OFICINA DEL DOCTOR O DEPARTAMENTO DE COBROS.
- YO AUTORIZO AL SEGURO /MEDICARE/MEDICAL QUE HAGA LOS PAGOS DIRECTO A **IMPERIAL VALLEY FAMILY CARE MEDICAL GROUP, APC.**

FIRME

NO SE ACEPTARÁN FORMULARIOS INCOMPLETOS

FECHA