New ☐ Established ☐ Chart ID _____

# INFORMACIÓN DEL PACIENTE ADULTO

(ADULT PATIENT INFORMATION-SPANISH)

***Cualquier persona mayor de 18 años será considerada un adulto y se le dará su propia cuenta***

**PACIENTE**

Nombre Legal _____
Nombre Segundo Nombre Apellido

Nombre alterno/apodo _____

Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono en casa (___) _____ ☐ Hombre ☐ Mujer Estudiante ☐ Sí ☐ TC ☐ MT ☐ No

Estado Civil: S C D V Médico referente _____ Médico Principal _____

Empleador _____ Teléfono (___) _____ Celular (__) _____

En caso de una emergencia anote el nombre de una persona a la que podamos llamar y que NO viva con el/ la paciente:

Nombre _____ Teléfono (___) _____ Relación al paciente _____

**SI ESTA CASADO (A)**

Nombre del Cónyuge_____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Empleador _____Número de teléfono en el trabajo (___) _____

**NOTA**

Las Clínicas de Mercy, Inc. de rutina mandan estados de cuenta familiares (cuando los cobros de todos los miembros de una familia aparecen en una factura). Los estados de cuenta estarán dirigidos a nombre de la persona de la cual tiene el seguro principal.

## INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Por favor dénos toda la información sobre la cobertura de su seguro médico y preséntele su tarjeta a la recepcionista para tomarle copia.

**Seguro Principal:**

Nombre del Seguro _____

Persona a nombre de la cual esta el seguro _____

Fecha de Nacimiento _____

Dirección de esta persona _____

Relación al Paciente _____

Número de Identificación _____

Número de Grupo_____

Fecha de Vigencia _____

**Seguro Secundario:**

Nombre del Seguro _____

Persona a nombre de la cual esta el seguro _____

Fecha de Nacimiento _____

Dirección de esta persona _____

Relación al Paciente _____

Número de Identificación _____

Número de Grupo_____

Fecha de Vigencia _____

Si Medicare no es su seguro principal, abajo indique la razón

- o Él/la paciente esta empleado
- o discapacitado
- o otra

¿Si no tiene cobertura por un seguro médico a nombre a quien le debemos mandar la factura?

- o él/la paciente
- o cónyuge

Al firmar este formulario, verifico que esta información esta correcta y que yo seré la persona responsable de las finanzas y gastos.

Firma_____ Fecha_____

Clinic Use Only: Updated/Review Date _____ Date _____ Date_____ Date _____ Date _____

1019-055-2pt-2ht-Spanish 11-20-06