

TOP OF LABEL  
 PATIENT LABEL MUST BE PLACED HERE  
 LABEL CANNOT BE IN ANY OTHER  
 LOCATION OR POSITION  
 BOTTOM OF LABEL

## Patient Information

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

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
*Primer Segundo Nombre (Inicial) Apellido Apellido Soltera*

Estado Civil:  Casado (a)  Soltero (a)  Divorciado (a)  Viudo (a)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Dirección: \_\_\_\_\_  
*Calle Ciudad Estado Código Postal*

Teléfono-Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono-Empleo: \_\_\_\_\_  
*Código de area Código de area Código de area*

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Proveedor o Doctor Primario: \_\_\_\_\_

**La Clínica MercyOne recopila esta información demográfica para garantizar que se brinde atención médica de alta calidad a todos nuestros pacientes. Gracias.**

Raza	Étnia	Idioma	
Negra	Hispano	Inglés	
Blanca	No-Hispano	Otro:	
Indio Americano/Nativo de Alaska			
Asiático			
Nativo Hawaiano/Islas del Pacífico			

Multiracial:  Nativo de Alaska/Indio Americano  Asiático  Negro/Afro Americano  
 Nativo Hawaiano/Islas del Pacífico  Blanco /Caucásico  Desconocido  Negarse

## Información de empleo del paciente

Nombre del Patrono: \_\_\_\_\_ Posición:  Tiempo completo  Tiempo parcial

Ocupación: \_\_\_\_\_ Fecha cuando inició el empleo : \_\_\_\_\_

Dirección del Patrono: \_\_\_\_\_

## Información del cónyuge

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de seguro social #: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
*Calle Ciudad Estado Código Postal*

Patrono: \_\_\_\_\_ Teléfono de empleo: \_\_\_\_\_

## Patient Information

### Si el paciente es menor de 18 años complete

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Teléfono de empleo #: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_  
Patrono: \_\_\_\_\_  
Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Teléfono de empleo #: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_  
Patrono: \_\_\_\_\_

### Pariente más cercano o persona para notificar en caso de una emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_

## Formulario de Seguro Médico

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Relación con el asegurado: (Ejemplo esposo /esposa hijo/hija hijastro(a) madre/padre): \_\_\_\_\_

### Seguro Primario

Nombre de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_  
Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_ Doctor primario: \_\_\_\_\_  
Póliza #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_  Pre-certificación?  Procedimiento  Hospitalización  
Poseedor de la póliza Nombre: \_\_\_\_\_ Masculino/Femenino  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_  
*Calle ciudad estado código postal*  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_  
Poseedor de la póliza Patrono: \_\_\_\_\_  
Fecha de contratación: \_\_\_\_\_ Posición:  Tiempo parcial  Tiempo completo  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_  
*Calle ciudad estado código postal*

### Seguro Secundario

Nombre de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_  
Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_ Doctor primario: \_\_\_\_\_  
Póliza #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_  Pre-certificación?  Procedimiento  Hospitalización  
Poseedor de la póliza Nombre: \_\_\_\_\_ Masculino/Femenino  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_  
*Calle ciudad estado código postal*  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_  
Poseedor de la póliza Patrono: \_\_\_\_\_  
Fecha de contratación: \_\_\_\_\_ Posición:  Tiempo parcial  Tiempo completo  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_  
*Calle ciudad estado código postal*

**Autorización para divulgar información y pagar beneficios:** Por la presente, autorizo el pago del seguro y / o Medicare por los servicios prestados a mí o a mis dependientes a ser pagados a la Clínica Covenant. Por la presente, acepto pagar a la Clínica Covenant todos y cada uno de los cargos que excedan o que no estén cubiertos por mi cobertura de seguro de salud médica. También autorizo a la Clínica Covenant a divulgar toda la información médica necesaria para procesar mis reclamos.

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

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