

POWER COUNTY FAMILY CLINIC
INFORMACION DEL PACIENTE

INFORMACION DEL PACIENTE

Apeido _____ Nombre _____ Inicial _____
Direccion _____ PO Box _____ Ciudad _____
Estado _____ Codigo _____ Telefono _____ Celular _____
Seguro Social _____ Fecha De Nacimiento Mes _____ Dia _____ Ano _____ Masculino _____ Femenino _____
Estado Civil S _____ C _____ V _____ D _____ Numero de Licencia _____ Estado _____

INFORMACION DE EMPLEADOR

Epleador _____ Tiempo Completo _____ Medio Tiempo _____ Temp. _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____
Telefono _____ Ocupacion _____

CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA

1 # Apeido _____ Nombre _____ Inicial _____
Direccion _____ PO Box _____ Ciudad _____
Estado _____ Codigo _____ Tel de Casa _____ Tel de Trabajo _____ Relacion _____
2 # Apeido _____ Nombre _____ Inicial _____
Direccion _____ PO Box _____ Ciudad _____
Estado _____ Codigo _____ Tel de Casa _____ Tel de Trabajo _____ Relacion _____

TIENE USTED DIRECTIVAS? SI _____ No _____
TIENE USTED TESTAMENTO? SI _____ No _____ Si tiene donde esta? _____
TIENE USTED ABOGADO? SI _____ NO _____ Nombre _____ Telefono _____
TIENE USTED ALERGIAS A MEDICAMENTOS? _____
TIENE USTED LA VACUNA DEL TETANO? _____ Fecha _____

INFORMACION DE EL GUARDIAN(Persona Responsable de Factura)

Apeido _____ Nombre _____ Inicial _____
Direccion _____ PO Box _____ Ciudad _____
Estado _____ Codigo _____ Telefono _____ Celular _____
Seguro Social _____ Fecha de nacimiento M _____ I _____ D _____ A _____ Relacion _____
Empleador _____ Telefono _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

Reconozco firmando debajo de este que he recibido de Harms Memorial Hospital el "Aviso de la Organizacion de Practicas De Retiro."

Autorizo el descargo de cualquier informacion medica necesaria para procesar esta demanda. Permito usar una copia de esta autorizacion en lugar de la original.

Autorizo los danos por el presente el distrito de Harms Memorial Hospital para solicitar los beneficios en mi nombre para los servicios cubiertos a traves de Harms Family Clinic. Yo demando que el pago de mi seguro se haga directamente a Harms Memorial Hospital o ah Harms Family Clinic.

Yo certifico que la informacion que he proporcionado es verdadera y correcta.

Firma _____ Fecha _____