

- McClaine Street Clinic
- Mount Angel Family Medicine
- Silverton Hospital Immediate Care
- Silverton & Tukwila Specialist Clinic

- Wellspring Integrative Medicine
- Woodburn Family Medicine
- Woodburn Internal Medicine

INSCRIPCIÓN E INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: _____ Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Información del paciente: (escriba en letra legible)

Nombre: _____ Masculino Femenino
ApellidoPrimer nombreSegundo nombre

Dirección particular: _____
Calle/ApartamentoCiudadEstadoCódigo Postal

Teléfonos: Particular (____) _____ Laboral (____) _____ Celular (____) _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____ Casado: Sí No Estudiante: Sí No

Nro. de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Nro. de licencia de conductor: _____

Nombre del empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección del empleador: _____
Calle/CasillaCiudadEstadoCódigo Postal

¿Qué forma de pago utilizará para abonar nuestros servicios? Efectivo Tarjeta de crédito Cheque Seguro

Complete la siguiente información. Como cortesía, le enviaremos la factura del seguro.

Si el paciente es menor: Nombre de la madre: _____
ApellidoPrimer nombreSegundo nombre

Nombre del padre: _____
ApellidoPrimer nombreSegundo nombre

¿Con quién vive el niño? Madre Padre Madre y padre Otro _____

Nombre de la compañía de seguros **principal**: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección para reclamos: _____
Calle/CasillaCiudadEstadoCódigo Postal

Nro. de identificación: _____ Nro. de grupo: _____ Fecha de vigencia: _____

Marque este casillero si la información solicitada a continuación es la misma que la anterior (si el paciente es un menor, complete la información a continuación acerca de la persona responsable por los pagos de la atención médica).

Nombre del titular de la póliza: _____

Relación de parentesco: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nro. de Seguro Social: ____ - ____ - ____ Nro. de licencia de conductor: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección particular del titular de la póliza: _____
Calle/Dept.CiudadEstadoCód. Postal

Empleador actual del titular de la póliza: _____ Teléfono: (____) _____

Nombre de la compañía de seguros **secundaria**: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección para reclamos: _____
Calle/CasillaCiudadEstadoCódigo Postal

Nro. de identificación: _____ Nro. de grupo: _____ Fecha de vigencia: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Relación de parentesco: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nro. de Seguro Social: ____ - ____ - ____ Nro. de licencia de conductor: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección particular del titular de la póliza: _____
Calle/Dept.CiudadEstadoCód. Postal

Empleador actual del titular de la póliza: _____ Teléfono: (____) _____

Contacto ante emergencias fuera del grupo familiar: _____ Teléfono: (____) _____

Relación: _____ Teléfono alternativo: (____) _____

¿Tiene alguna directiva anticipada o testamento de vida? Sí No

Complete el siguiente formulario en caso de accidente automovilístico o accidente laboral

NOTA:

Si se lo visita en caso de accidente laboral o accidente automovilístico, complete la sección a continuación, si no se aplica a su caso, omite esta sección. Muchas gracias.

Información en caso de accidente laboral

Compañía aseguradora de indemnización laboral del empleador: _____

Dirección para reclamos: _____
Calle/Casilla Ciudad Estado Código Postal

Reclamo nro.: _____ Fecha del accidente: _____

Nombre del tasador del reclamos: _____ Teléfono: (_____) _____

¿El reclamo se encuentra en estado abierto en la actualidad? Sí No

Empleador en el momento del accidente: _____ Teléfono: (_____) _____

¿Presentó un informe por escrito ante su empleador? (FORM 801) Sí No

¿Presentó un informe ante cualquier otro médico u hospital? (FORM 827) Sí No

Nombre del abogado: _____ Teléfono: (_____) _____

Información en caso de accidente automovilístico

El paciente fue: un pasajero el conductor un peatón

Compañía aseguradora del automóvil del paciente: _____

Dirección para reclamos: _____
Calle/Casilla Ciudad Estado Código Postal

Reclamo nro.: _____ Fecha del accidente: _____

Compañía aseguradora del automóvil del conductor: _____

Dirección para reclamos: _____
Calle/Casilla Ciudad Estado Código Postal

Reclamo nro.: _____ Fecha del accidente: _____

¿El accidente ocurrió en Oregon? Sí No Si no, nombre del Estado: _____

Nombre del tasador del reclamos: _____ Teléfono: (_____) _____

Nombre del agente de seguros: _____ Teléfono: (_____) _____

Nro. de póliza: _____ Nombre del titular de la póliza: _____

Nro. de teléfono del titular de la póliza: (_____) _____ Relación con el paciente: _____

Nombre del abogado: _____ Teléfono: (_____) _____