

<b>Fecha:</b>	
---------------	--

## APLICACIÓN PARA TRATAMIENTO DE PACIENTE

Por favor complete esta aplicación lo mejor y más completamente posible. Toda la información requerida es necesaria para poder proveerle a usted y a su familia la mejor atención médica en nuestra clínica.

<b>INFORMACION DEL PACIENTE</b>					
Nombre	Inicial del Segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil
				M   F	
Domicilio: Calle		Ciudad	Estado	Código Postal	Número de teléfono
Número de Seguro Social		Email: Correo electrónico		Nombre y dirección del Empleador	
Teléfono del trabajo	# de horas que trabaja a la semana	Promedio de ingreso mensual		Trabajo: (marque uno)	
				Tiempo completo	Medio tiempo
<b>INFORMACIÓN DE EL/LA ESPOSO(A)</b>					
Nombre	Inicial del Segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil
				M   F	
Domicilio: Calle		Ciudad	Estado	Código Postal	Número de teléfono
Número de Seguro Social		Empleador		Dirección del trabajo	
Teléfono del trabajo	# de horas que trabaja a la semana	Promedio de ingreso mensual		Trabajo: (marque uno)	
				Tiempo completo	Medio tiempo
<b>DEPENDIENTES (hijos, dependes legales o personas listado en los impuestos)</b>					
Nombre		Edad	Fecha de nacimiento	¿Viven con usted?	
1.				Si	No
2.				Si	No
3.				Si	No
4.				Si	No
5.				Si	No
6.				Si	No
7.				Si	No
8.				Si	No

**(POR FAVOR COMPLETE EL REVERSO DE LA APLICACIÓN)**



¿Tiene usted seguro médico?

**Si**

**No**

¿Tiene Medicaid, TennCare/ MediCare o Cover Kids? (**Circule uno solamente si tiene uno de estos seguros.**)

¿Tiene usted una declaración anticipada de tratamiento médico (Advanced Directive)?

**Si**

**No**

**RECUERDOS VIA TEXTO:** Nuestro programa nuevo es diseñado para ayudarle con información importante relacionado a sus citas:

- Recuerdos vía texto de sus citas
- Aviso de cambio de horas o cerraduras del centro médico.

Este sistema será implementado de tal manera en la cual usted puede responder vía texto si hay un problema con su cita y no puede llamar. Favor de llenar esta porción si le interesa este programa gratis.

1. Sí, quiero inscribirme a su programa de recuerdos via texto.  (Marque aquí)
2. Nombre y apellido \_\_\_\_\_
3. Numero móvil \_\_\_\_\_
4. Fecha: \_\_\_\_\_

**INFORMACION MÉDICA:** ¿Hay algunas(s) personas en particular en la cual usted le otorga permiso de recibir su información médica? (Su esposo(a), padre o madre, novio(a) etc.) Ejemplo: recibir resultados por escrito o por teléfono sobre sus laboratorios, exámenes, radiografías, etc. si acaso usted no está disponible. Escriba el/los nombre(s) y número de teléfono de personas que usted le hay otorgado el derecho.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA ¿A quién podemos contactar en caso de emergencia?**

Nombre

Teléfono

Dirección

Relación con paciente

La información que he proporcionado en esta aplicación es verdadera y precisa en lo que a mí concierne. Entiendo que el centro médico, Faith Family (Faith Family Medical Center) provee tratamiento solamente a aquellos individuos que califican para su servicio según los criterios del Centro Médico en lo que respecta a situación de seguro médico, ingreso familiar y número de miembros por familia. Entiendo que si soy aceptado para tratamiento en el Centro Médico, seré responsable de pagar mi parte del costo de cada visita hecha por mi persona o un miembro de mi familia inmediata. Si soy aceptado por este Centro Médico, acepto seguir todas las reglas y normas de Faith Family

**Su firma**

**fecha**

Me han ofrecido una copia del las prácticas de privacidad del Centro Médico Faith Family **Iniciales:** \_\_\_\_\_

¿Cómo escuchaste sobre Faith Family Medical Center?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_