

# LAREDO MINOR EMERGENCY CLINIC

CUIDADO COMPLETO DE LA FAMILIA

**Melchor P. Cárdenas, MD**

## INFORMACION DEL PACIENTE

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Masculino:** ( ) **Femenina:** ( )

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_ **SSN:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Cell:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

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

**Raza:** ( ) Afro Americano ( ) Raza Asiática ( ) Blanca ( ) Hispano/Latino ( ) Otro \_\_\_\_\_

**Lenguaje:** ( ) Ingles ( ) Español ( ) Otro; \_\_\_\_\_

**Mano Dominante:** ( ) Derecha ( ) Izquierda

**Identidad de Genero :** ( ) Mujer ( ) Hombre ( ) Other

( ) Transgenero Mujer/ Hombre a Mujer ( ) Transgenero Hombre/ Mujer a Hombre

**Orientación Sexual:** ( ) Heterosexual ( ) Bisexual ( ) Gay/Lesbian ( ) Optar no divulgar

**Correo Electrónico (E-Mail):** \_\_\_\_\_

## CONTACTO DE EMERGENCIA

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Parentesco:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE ASEGURANSA

Medicaid ( ) Medicare ( ) W/C ( ) Seguro Privada ( ) Effectivo ( )

**REFERIDO POR:** \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (M/D/Y): \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

### Información sobre el Empleo

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Telefono # \_\_\_\_\_

Estado de empleo: ( ) Empleado(a) ( ) Jubilado(a) ( ) Estudiante a tiempo completo

( ) Estudiante de tiempo parcial ( ) Desempleado(a)

Ocupación \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Fecha de Empleo De \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

### Información sobre alergias

Es alérgico a algún medicamento? ( ) Si ( ) No

En caso afirmativo, especifique:

\_\_\_\_\_

Crees que tienes alergias? ( ) Si ( ) No

Usted toma medicamento de la alergia del contador (exp. CLARATIN)? ( ) Si ( ) No

### RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Reconozco que voy hacer responsable por cualquier cuenta que no esté cubierto por mi seguridad.

### AUTORIZACION

Yo autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria para el proceso de reclamo a la seguridad y requisitos de pago de los beneficiarios a mi o al partido quien acepta la asignatura.

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha