

## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Médico Canalizador: \_\_\_\_\_

¿En que oficina vio usted a su médico que lo envió aquí?: \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria o Médico Familiar: \_\_\_\_\_

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección para Enviar Correo: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Tel. Cel.: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Estado en donde nació: \_\_\_\_\_

Casado  Soltero  Viudo/a  Divorciado Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección del Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Fecha de Jubilación: \_\_\_\_\_ Discapacidad:  Sí  No Fecha: \_\_\_\_\_

Cónyuge/Padre: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo #: \_\_\_\_\_

Fecha de Jubilación: \_\_\_\_\_ Discapacidad:  Sí  No Fecha: \_\_\_\_\_

¿Es ésta una lesión que ocurrió en el trabajo? \_\_\_\_\_ De ser así, fecha de la lesión: \_\_\_\_\_

¿Fue esta lesión causada por un accidente automovilístico? \_\_\_\_\_ De ser así fecha del accidente: \_\_\_\_\_

Nombre de un amigo o familiar que no vive con usted: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ No. Telefónico: \_\_\_\_\_

### SI ALGUIEN QUE NO SEA EL PACIENTE ES RESPONSABLE POR EFECTUAR EL PAGO, POR FAVOR LLENE ESTA SECCIÓN:

Nombre de la persona responsable: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ No. Telefónico: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Empleado Por: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo #: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO:

Número Medicare: \_\_\_\_\_

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_

### PROVEEDOR DE COMPENSACIÓN PARA LOS TRABAJADORES:

Nombre de la Aseguradora: \_\_\_\_\_

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

Teléfono de la Aseguradora: \_\_\_\_\_ Reclamación #: \_\_\_\_\_

Adventist Health Central Valley Network  
DEMOGRAPHIC PATIENT INFORMATION, SPN

**PATIENT LABEL**

Translated by TransPerfect  
The Translator's Inc.