

SANTA LUCIA MEDICAL GROUP, INC.

1336 Natividad Rd., Salinas, CA 93906

(831) 754-4444

INFORMACION DEL PACIENTE

Acct.# _____

APELLIDO	NOMBRE	SEXO M F	INICIAL	FECHA DE NAC.	MES	DIA	AÑO
----------	--------	-------------	---------	---------------	-----	-----	-----

OTROS NOMBRES USADOS: APELLIDO	NOMBRE	SEXO M F	FECHA DE NAC.	SS#
--------------------------------	--------	-------------	---------------	-----

DIRECCION:

Correspondencia _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono (Casa) _____ # Celular _____ # Trabajo _____

Al proporcionar mi numero celular, yo doy permiso a SLMG de recordarme de citas via texto.

Nombre del Trabajo: _____ Nombre de Aseguranza _____

S.S. # _____ N° de Identificación o de Licencia _____

Si es casado(a), Nombre de esposo (a) _____ Fecha de Nac. _____

Nombre del Trabajo _____ Nombre de Aseguranza _____

S.S. # _____ - - N° de Identificación de Licencia _____ # Trabajo _____

SI ES MENOR DE EDAD ¿Con quién vive el niño(a)? Madre Padre Si no vive con los padres naturales nombre de la persona que tiene custodia legal
(Por favor complete si usa aseguranza de padre/madre).

Estado Civil C S V D SEP _____

Nombre del Padre / Guardián _____ Fecha de Nac. _____

Nombre del Trabajo _____ Nombre de Aseguranza _____

S.S. # _____ - - N° de Identificación o de Licencia _____ # Trabajo _____

Nombre de Madre / Guardián _____ Fecha de Nac. _____

Nombre del Trabajo _____ Nombre de Aseguranza _____

S.S. # _____ - - N° de Identificación o de Licencia _____ # Trabajo _____

¿ A qué otra persona autoriza para compartir información de salud protegida y información financiera?

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____

¿A QUE ADULTO AUTORIZA QUE TRAIGA A SU NIÑO(A) EN CASO DE QUE USTED NO LO PUEDA TRAER? SI LO TRAE OTRO ADULTO NO ANOTADO, NECESITAMOS UNA NOTA DANDO CONSENTIMIENTO EL DIA DE LA CITA.

Nombre _____ Parentesco () _____

Yo acepto la responsabilidad financiera de pagar cualquier servicio(s) o si no es cubierto por mi seguro medico. Yo estoy de acuerdo de pagar todos los co-pagos, deducibles, y porcentajes, al tiempo de servicio.

Firma de responsabilidad financiera:

Nombre/Parentesco _____ Date _____ Nombre/Parentesco _____ Date _____

Idioma Preferido: Español Inglés Referido Por: _____

Alergias a algún medicamento o drogas _____ / ¿Cuál farmacia prefiere?: _____

Iniciales _____ ¿Y en donde?: _____