

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	ANO
----------	--------	-------------	---------	---------------	-----	-----	-----

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

DIRECCION:

Casa _____ Apt.# _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Correspondencia _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono (Casa) _____ # Celular _____ # Trabajo _____

Nombre del Trabajo: _____ Nombre de Asegurancia _____

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

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

Nombre del Trabajo _____ Nombre de Asegurancia _____

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 asegurancia de padre/madre).

Estado Civil C S V D SEP _____

Nombre del Padre / Guardián _____ Fecha de Nac. _____

Nombre del Trabajo _____ Nombre de Asegurancia _____

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

Nombre de Madre / Guardián _____ Fecha de Nac. _____

Nombre del Trabajo _____ Nombre de Asegurancia _____

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

¿A CUAL OTRO NUMERO SE LE PUEDE LLAMAR PARA UN MENSAJE? (DIFERENTE AL DE LA CASA)

Nombre _____ Parentesco () _____

**¿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 () _____

Nombre _____ Parentesco () _____

Yo autorizo al administrador de beneficios de que pague directamente a cualquier doctor, hospital u otro proveedor de servicios. Yo por este medio, autorizo que usted exponga información al administrador del plan relativo a mi presente enfermedad o lastimadura esta información es para asistir al examinador de reclamos en evaluar reclamos. Una copia de esta autorización será considerada tan útil y válida como la original.

Firma del Paciente/Padre/Madre/Guardián _____ Fecha _____

Idioma Preferido: Español Inglés

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

Iniciales _____ ¿Y en donde?: _____