

# 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 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 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

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

Iniciales \_\_\_\_\_ ¿Y en donde?: \_\_\_\_\_