

# INFORMACION CONFIDENCIAL DEL PACIENTE

Gateway Medical Group of San Diego, Inc

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de nacimiento	Fecha de hoy	No. de Paciente
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	MRN
Teléfono de casa: Teléfono de trabajo:		Teléfono móvil: Correo Electrónico:		Género	# de Seguro Social
<b>Idioma:</b> <i>favor seleccione uno:</i> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Griego <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Tagalog <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Persa <input type="checkbox"/> Otro		<b>Raza:</b> <i>Raza- Por favor, seleccione una raza a la que se identifique más:</i> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano o de Alaska Nativo <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano u otro Pacífico Isleño <input type="checkbox"/> Negarse a contestar <input type="checkbox"/> Desconocido		<b>Raza Adicional:</b> <i>Raza- Por favor, seleccione una raza adicional a la que se identifique más:</i> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano o de Alaska Nativo <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano u otro Pacífico Isleño <input type="checkbox"/> Negarse a contestar <input type="checkbox"/> Desconocido	
<b>Origen Etnico:</b> <i>Los hispanos o latinos- Una persona cubana, mexicana, puertorriqueña, sur o CentroAmérica u otra cultura española u origen independientemente de su raza.</i> <b>Por favor seleccione:</b> <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Negarse a contesta <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Desconocido			<b>Estado civil</b>  <b>Nombre del empleador:</b> <b>Dirección del empleador:</b>		
Contacto de emergencia	Teléfono de casa	Teléfono del trabajo		Relación con el paciente	

**POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN SI EL GARANTE ES DIFERENTE DE L PACIENTE**

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Relación con el paciente		
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono de casa: Teléfono del trabajo:		# de Seguro Social		Fecha de nacimiento	Género
Nombre del empleador		Dirección del empleador:			

**SEGURO MEDICO PRIMARIO**

**SEGURO MEDICO SECUNDARIO**

Nombre del seguro:		Nombre del seguro:	
Dirección de reclamaciones	CoPago	Dirección de reclamaciones	CoPago
Ciudad, estado, código postal	Teléfono	Ciudad, estado, código postal	Teléfono
Nombre de los suscriptores	Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Nombre de los suscriptores	Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Identificación de los suscriptores	Nº de grupo	Identificación de los suscriptores	Nº de grupo
Fecha de nacimiento de los suscriptores	Fecha efectiva	Fecha de nacimiento de los suscriptores	Fecha efectiva
Relación del paciente al suscriptor: Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>		Relación del paciente al suscriptor: Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>	

Autorizo el pago de mi médica beneficios se hagan directamente a mi médico por los servicios prestados. Autorizo a cualquier compañía de seguros, organización, empleador, hospital, médico, o farmacéutico para liberar toda la información necesaria relacionada con mi atención médica y facilitar el pago de mis gastos médicos adeudados a mi médico.

Firma del Paciente (Mismo o persona autorizada)

Fecha