

# CHICAGO HEALTH MEDICAL GROUP

## INFORMACION DEL PACIENTE

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
(NOMBRE) (APELLIDO) (INICIALES)

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

MASCULINO \_\_\_\_\_ FEMENINO \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(CIUDAD) (ESTADO) (ZONA POSTAL)

ESTADO CIVIL:  
\_\_\_\_\_  
SOLTERO/A  
CASADO/A  
\_\_\_\_\_  
OTRO (VIUDO/A, DIVORCIADO/A, SEPARADO/A)

# SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

TEL. DE CASA \_\_\_\_\_

RASA: (marque uno)  
\_\_\_\_\_  
Indio Americano/Nativo de Alaska \_\_\_\_\_ Medio Oriente/Norte de Africa  
\_\_\_\_\_  
Asia/Oriental \_\_\_\_\_ Blanco  
\_\_\_\_\_  
Negro/African American \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

TEL. DE CELULAR \_\_\_\_\_

TEL. DEL EMPLEO \_\_\_\_\_ EXT. \_\_\_\_\_

CONTACTO PREFERIDO:  
\_\_\_\_\_  
TEL. DE CASA \_\_\_\_\_ TEL. DE CELULAR \_\_\_\_\_ TEL. DEL EMPLEO \_\_\_\_\_ CORREO \_\_\_\_\_

ETNICIDAD: (marque uno)  
\_\_\_\_\_  
América Central \_\_\_\_\_ Mexicano  
\_\_\_\_\_  
Cubano \_\_\_\_\_ No Hispano No Latino  
\_\_\_\_\_  
Dominicano \_\_\_\_\_ Puertorriqueño  
\_\_\_\_\_  
Hispano/Latino \_\_\_\_\_ América del Sur  
\_\_\_\_\_  
América Latina \_\_\_\_\_ Español  
\_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

MEDICO DE CABECERA: \_\_\_\_\_

¿SU LESION, DONDE OCURRIO? (marque uno)  
EN SU EMPLEO \_\_\_\_\_ ACCIDENTE DE AUTO \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_

EMPRESA: \_\_\_\_\_

DOMICILIO DE LA EMPRESA \_\_\_\_\_

FECHA DEL ACCIDENTE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(CIUDAD) (ESTADO) (ZONA POSTAL)

ULTIMO DIA QUE TRABAJO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CONYUGE \_\_\_\_\_

TEL. DE LA EMPRESA: \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_ (Relacion): \_\_\_\_\_  
(NOMBRE) (TELEFONO-SI ES DISTINTO DEL DE ARRIBA)

¿TIENE USTED SUS DIRECCIONES LEGALES ANTICIPADAS? (UN TESTAMENTO MEDICO/PODER NOTARIAL) SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Si la respuesta es sí, favor de proveer una copia del documento para nuestros archivos. INFORMACION RECIBIDA POR \_\_\_\_\_ (INICIALES DE EMPLEADO)  
LA INFORMACION DE RESPONSABILIDADES Y DERECHOS DEL PACIENTE LE FUE PROVEIDA POR \_\_\_\_\_ (INICIALES DEL EMPLEADO)

### PERSONA RESPONSABLE (Por favor anote su información, si es distinta a la del paciente)

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

MASCULINO \_\_\_\_\_ FEMENINO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(CIUDAD) (ESTADO) (ZONA POSTAL)

PARENTESCO CON EL PACIENTE:  
\_\_\_\_\_  
CONYUGE \_\_\_\_\_ PADRE /TUTOR \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_

EMPRESA: \_\_\_\_\_

# DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

DOMICILIO DE LA EMRESA: \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(CIUDAD) (ESTADO) (ZONA POSTAL)

TEL. DE LA EMPRESA \_\_\_\_\_ EXT. \_\_\_\_\_

W/C Claim # \_\_\_\_\_ Case Manager/Adjuster \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO Y AUTORIZACION PARA DAR INFORMACION

Por este medio autorizo al médico de Chicago Health Medical Group, a las enfermeras, y a los empleados que estén bajo su dirección para que realicen exámenes y administren tratamientos y medicamentos, como lo crean necesario. Doy mi autorización para que se facilite la información adquirida por esta institución según sea solicitada durante el curso de mis exámenes; A la compañía donde trabajo o futuro empleo y a la empresa que lleva mi seguro médico.

FECHA

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL