

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: _____

RASA: (marque uno)

Indio Americano/Nativo de Alaska _____ Medio Oriente/Norte de Africa

Asia/Oriental _____ Blanco

Negro/African American _____ Otro _____

TEL. DE CASA _____

TEL. DE CELULAR _____

TEL. DEL EMPLEO _____ EXT. _____

ETNICIDAD: (marque uno)

América Central _____ Mexicano

Cubano _____ No Hispano No Latino

Dominicano _____ Puertorriqueño

Hispano/Latino _____ América del Sur

América Latina _____ Español

Otro _____

CONTACTO PREFERIDO:

TEL. DE CASA _____ TEL. DE CELULAR _____ TEL. DEL EMPLEO _____ CORREO _____

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