

Multi-Specialty Clinic of HCA Houston Healthcare Southeast

FECHA: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

El motivo de su visita: _____

Nombre del Paciente: _____

PRIMER NOMBRE

APELLIDO

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Domicilio: _____ Ciudad/Edo.: _____ CP: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Núm. de SS: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ de Trabajo: _____

Etnicidad: _____ Raza: _____ Idioma de Preferencia: _____

Con el fin de configurar a través del Internet el Patient Portal por favor proporcione su correo electrónico (Email): _____

¿Quién lo recomendó con nosotros? _____

NOMBRE

DOMICILIO

TELÉFONO

¿Quién es su médico? _____

NOMBRE

DOMICILIO

TELÉFONO

¿Cómo supo de nuestra clínica? Seguro Médico De boca en boca Redes Sociales Otro _____

Empleador: _____

NOMBRE

DOMICILIO

TELÉFONO

¿Su visita está relacionada a una lesión de trabajo?: _____ Sí o _____ No *Si respondió sí, fecha de su lesión:* _____

Ocupación: _____

Breve descripción de sus obligaciones laborales: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO (POR FAVOR LLENE SI NO ES EL PACIENTE)

Nombre del Titular de la Póliza: _____

PRIMER NOMBRE

APELLIDO

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: _____ Núm. de SS: _____

POR FAVOR PROPORCIONE LAS TARJETAS DE SU SEGURO PRIMARIO Y SECUNDARIO A LA SECRETARIA PARA SU REGISTRO

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____

PRIMER NOMBRE

APELLIDO

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Número de Teléfono: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Celular: _____