



Fecha de Hoy \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
mes dia año

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Menor \_\_\_ Soltero/a \_\_\_ Casado/a \_\_\_ Divorciado/a \_\_\_ Viuda \_\_\_ Separado/a \_\_\_ Ley Comun \_\_\_\_\_

Sexo: Femenino/Masculino Ethnicidad: Hispano/ Otro Language \_\_\_\_\_

Raza: Asiatico \_\_\_ Hispano \_\_\_ Negro/Afro Americano \_\_\_ Nativo Americano \_\_\_ Blanco \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ #De Seguro Social \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Estado \_\_\_Codigo Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_

Numero de casa \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Compania de Aseguro \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_

Relacion al Paciente \_\_\_\_\_

Como escucho de esta clinica? \_\_\_\_\_

Al confirmar su cita usted que prefiere?? \_\_\_ Llamada \_\_\_ Correo Electronico



Familiares Del Paciente (Por favor ponga a su esposo, niños y otros miembros en la casa)

Nombre y Apellido	Fecha nacimiento	Relacion al paciente	# seguro social	Otro nombre que use

LOS INGRESOS DEL HOGAR

Ingreso Mensual Total \$ \_\_\_\_\_ Fuente de Ingresos \_\_\_\_\_

RESPONSABILIDADES Y COMUNICADOS

Entiendo que al recibir los servicios de los proveedores Inner City Health Center para mi familia, y para mi yo acepto responsabilidad de los cargos. Los co-pagos se deben pagar antes del tratamiento aun teniendo cobertura de seguro. Yo autorizo que manden cualquier información medica/ dental e otra información necesaria para recibir tratamiento en cualquier otro centro de atención de salud o para recibir pago por los servicios prestados. Tambien autorizo que el pago de mis beneficios de aseguranza sean directamente pagados a Inner City Health Center.

Yo autorizo a los proveedores de Inner City Health Center que lleven acabo todo tratamiento, administración de medicación y cualquier terapia que pueda ser indicada. Tambien entiendo que el uso de anestésia encarna ciertos riesgos.

Al firmar este documento , yo verifico que la información de arriba es correcta y estoy de acuerdo en notificar de cualquier cambio financiero a la clínica Inner City Health Center.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_