

Información de Nuevo Paciente

Información del Paciente

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Dirección _____ Apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____
Mes Día Año

Información del Padre/Madre/Tutor Legal (Si usted es el Padre/Tutor Legal del paciente por favor complete esta información.)

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____ Género: Mujer Hombre
Mes Día Año

Dirección _____ Apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono celular (____) _____ Teléfono de casa (____) _____ Teléfono en el trabajo (____) _____

Correo Electrónico _____

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal *: X _____ Fecha _____
*Al firmar, doy fe que la información que he proporcionado es verdadera y correcta.

Información del Contacto del Paciente

Idioma principal: Inglés Español Otro _____

Teléfono celular (____) _____ Teléfono de casa (____) _____

Correo Electrónico _____

¿De qué manera prefiere que nos comuniquemos con usted? Teléfono celular Correo Electrónico
 MyErieHealth (Portal en Línea del Paciente)

¿Está bien que le dejemos mensajes de voz? Sí No

¿Está bien si le enviamos cartas por correo? Sí No

¿Está bien si platicamos con alguien sobre su cuidado de salud? Sí No ¿Con Quién? _____

Nombre del contacto en caso de emergencia: _____ Relación/parentesco con el paciente: _____

Teléfono de emergencia: (____) _____

Si no quiere recibir mensajes de texto, por favor notifique en la recepción.

Información Demográfica del Paciente

Por favor seleccione una de lo siguientes opciones:

Estado civil: Soltero Casado con pareja Viudo Divorciado Separado

Identidad de Género: Femenino Masculino Transgénero femenino (de masculino a femenino)
 Transgénero masculino (de femenino a masculino) Algo más Prefiero no contestar

Orientación Sexual: Heterosexual Lesbiana/homosexual Bisexual Algo más No sé
 Prefiero no contestar

Raza: Indígena Americano/Nativo de Alaska (incluye Indígena Americano/Nativo de Alaska de descendencia Latina o Hispana)

Asiático

Negro o Afroamericano (incluye Negro o Afroamericano de descendencia Latina o Hispana)

Nativo de Hawái

Nativo de otras Islas pacíficas

Blanco (incluye Blanco de descendencia Latina o Hispana)

Prefiero no contestar

Etnia: Hispano o Latino No soy Hispano ni Latino Otra/Desconozco esta información

Prefiero no contestar

País de origen (opcional) _____

¿Cómo se enteró usted de los Centros de Salud Erie? _____

Beneficios/Información del Seguro Médico

Farmacia de preferencia, Nombre/Dirección de la farmacia _____

Seguro médico:

All Kids/Medicaid Medicare Seguro Comercial Programa de descuento Erie Otro

Plan de seguro: _____ A nombre de quién está la póliza: _____

Número de la póliza: _____

Si está divorciado o separado, ¿su ex-cónyuge o ex -pareja es responsable de cubrir económicamente los servicios médicos?

Sí No

Tamaño de su familia: Número total de personas que viven en su casa: _____ (Niños, esposo/a, pareja, dependientes que reclama y se muestren en su declaración de impuestos)

Ingreso Familiar Anual Promedio: \$ _____

Todos los pacientes, incluyendo aquellos con seguro médico pueden ser elegibles para el programa de descuento de Erie. Si usted elige el descuento de Erie, usted debe de completar la aplicación a continuación que funciona de acuerdo a sus ingresos.
