

## Formulario de actualización para pacientes conocidas

### Información de la paciente:

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Otro/Apellido de soltera: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

(Al proporcionar su correo electrónico, recibirá comunicaciones sobre nuestro portal para pacientes y los servicios del centro de atención).

¿Qué medio de comunicación prefiere? (Marque todas las opciones que correspondan):

Teléfono móvil (mensaje de texto)  Teléfono móvil (mensaje de voz)  Otro teléfono  Correo electrónico

¿Podemos enviarle un mensaje breve con información médica o con recordatorios de las citas a través del medio de comunicación que marcó como preferido?  Sí  No

Estado civil:  Soltera  Casada  Viuda  Divorciada  Separada  Concubina

Nombre del cónyuge/pareja: \_\_\_\_\_

### Información de empleo

Situación laboral o estudiantil:  Tiempo completo  Tiempo parcial  Desempleada  Trabajadora independiente

Militar activa  Jubilada  Estudiante a tiempo completo  Estudiante a tiempo parcial

Empleador: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Información secundaria (menores de 18 años y no emancipadas)

Nombre del padre/madre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación:  Padre  Abuela  Otro pariente  Otro \_\_\_\_\_

### Contacto de emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación:  Cónyuge/Pareja  Padre/Madre  Hijo/Hija  Otro pariente  Amigo/Amiga  Otro

### Proveedor de atención primaria/Proveedor referido

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Médico que refiere (si es otro): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Información de farmacia**

Nombre de la farmacia local: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia por correo: \_\_\_\_\_

**Información del seguro**

Proveedor del seguro primario: \_\_\_\_\_

Nombre de la titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento de la titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Empleador de la titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Proveedor del seguro secundario: \_\_\_\_\_

Nombre de la titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento de la titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Empleador de la titular de la póliza: \_\_\_\_\_

**Amigos y familiares involucrados en el tratamiento (opcional)**

Autorizo a que las siguientes personas reciban información sobre mi tratamiento y el pago para que colaboren en mi atención médica. Entiendo que este permiso es válido hasta que se revoque.

Use el contacto de emergencia que brindé encima

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación:  Cónyuge/Pareja  Padre/Madre  Hijo/Hija  Otro pariente  Amigo/Amiga  Otro

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación:  Cónyuge/Pareja  Padre/Madre  Hijo/Hija  Otro pariente  Amigo/Amiga  Otro

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, que entiendo y que estoy de acuerdo con lo anterior con respecto a la autorización para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica.

\_\_\_\_\_  
Firma de la paciente/del representante autorizado\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_