

MACNEAL HOSPITAL PHYSICIAN PRACTICES

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: _____

TEL. DE CASA _____

MEDICO DE CABECERA: _____

TEL. DE CELULAR _____

EMPRESA: _____

TEL. DEL EMPLEO _____ EXT. _____

DOMICILIO DE LA EMPRESA _____

(CIUDAD) (ESTADO) (ZONA POSTAL)

CONTACTO PREFERIDO: TEL. DE CASA TEL. DE CELULAR
 TEL. DEL EMPLEO CORREO

¿SU LESION, DONDE OCURRIO? (marque uno)
EN SU EMPLEO _____ ACCIDENTE DE AUTO _____ OTRO _____

NOMBRE DEL CONYUGE _____

FECHA DEL ACCIDENTE _____

TEL. DE LA EMPRESA: _____

ULTIMO DIA QUE TRABAJO _____

CONTACTO DE EMERGENCIA _____ (Nombre) (Relacion): _____ (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 _____

(CIUDAD) (ESTADO) (ZONA POSTAL)

MASCULINO _____ FEMENINO _____

PARENTESCO CON EL PACIENTE _____ CONYUGE
____ PADRE /TUTOR

EMPRESA: _____

____ OTRO

DOMICILIO DE LA EMRESA: _____

(CIUDAD) (ESTADO) (ZONA POSTAL)

DE SEGURO SOCIAL _____

TEL. _____

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 MacNeal Family Healthcare, 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