

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: \_\_\_\_\_

**RASA: (marque uno)**  
 \_\_\_ Indio Americano/Nativo de Alaska \_\_\_ Medio Oriente/Norte de Africa  
 \_\_\_ Asia/Oriental \_\_\_ Blanco  
 \_\_\_ Negro/African American \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

TEL. DE CASA \_\_\_\_\_

TEL. DE CELULAR \_\_\_\_\_

TEL. DEL EMPLEO \_\_\_\_\_ EXT. \_\_\_\_\_

CONTACTO PREFERIDO:

\_\_\_ TEL. DE CASA \_\_\_ TEL. DE CELULAR \_\_\_ TEL. DEL EMPLEO \_\_\_ CORREO

**ETNICIDAD: (marque uno)**  
 \_\_\_ América Central \_\_\_ Mexicano  
 \_\_\_ Cubano \_\_\_ No Hispano No Latino  
 \_\_\_ Dominicano \_\_\_ Puertorriqueño  
 \_\_\_ Hispano/Latino \_\_\_ América del Sur  
 \_\_\_ América Latina \_\_\_ Español  
 \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

MEDICO DE CABECERA: \_\_\_\_\_

EMPRESA: \_\_\_\_\_

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

DOMICILIO DE LA EMPRESA \_\_\_\_\_

FECHA DEL ACCIDENTE \_\_\_\_\_

(CIUDAD) (ESTADO) (ZONA POSTAL)

ULTIMO DIA QUE TRABAJO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CONYUGE \_\_\_\_\_

TEL. DE LA EMPRESA: \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_ (Relacion): \_\_\_\_\_  
(NOMBRE) (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 \_\_\_\_\_

MASCULINO \_\_\_\_\_ FEMENINO \_\_\_\_\_

(CIUDAD) (ESTADO) (ZONA POSTAL)

PARENTESCO CON EL PACIENTE:  
 \_\_\_\_\_ CONYUGE \_\_\_\_\_ PADRE /TUTOR \_\_\_\_\_ OTRO

EMPRESA: \_\_\_\_\_

# DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

DOMICILIO DE LA EMRESA: \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_

(CIUDAD) (ESTADO) (ZONA POSTAL)

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