SCHOOL OF MEDICINE WICHITA
MEDICAL PRACTICE ASSOCIATION
The University of Kansas

Fecha:_____

FORMULARIO DEMOGRÁFICO DE PACIENTES ADULTOS
POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE

INFORMACION PARA EL PACIENTE

Nombre legal completo del paciente			
Último:	**Primero:**		**Inicial del segundo nombre:**
Nombre preferido:	**Número de Seguro Social:** - -	**Fecha de nacimiento:** / /	**Sexo:** ☐ Hombre ☐ Mujer
Raza: ☐ Afroamericano/Negro ☐ Asiático ☐ Indio ☐ Isleño del Pacífico ☐ Blanco ☐ Otro	**Origen étnico:** ☐ Hispano o latino ☐ No hispano ni latino	**Estado civil:** ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo	
Dirección / Apartado de correos:	**Lote / Apto. #:**	**Ciudad:**	**Estado:** / **Código postal:**
# de teléfono principal: ( )	**¿Celular/móvil?** ☐ Sí ☐ No	**¿Dejar un mensaje?** ☐ Sí ☐ No	**# de teléfono secundario:** ( ) / **¿Celular/móvil?** ☐ Sí ☐ No / **¿Dejar un mensaje?** ☐ Sí ☐ No
Dirección de correo electrónico:			**Idioma preferido:**
Nombre completo del tutor del paciente (si corresponde)	**Relación:**	**Teléfono #:** ( )	**Ciudad y estado:**

INFORMACION ACTUAL DEL PROVEEDOR DE ATENCION MÉDICA DEL PACIENTE

Médico de atención primaria / proveedor:	**ReMédico/proveedor remitente:**
Hospital preferido:	**Farmacia preferida:**

ESTADO ACTUAL DE EMPLEO/ESTUDIANTE DEL PACIENTE

Empleador:	**Situación laboral:** ☐ FT ☐ PT ☐ Autónomo ☐ Militar ☐ Desempleado ☐ Retirado ☐ Discapacitado	**Estado del estudiante:** ☐ FT ☐ PT ☐ No es un estudiante
Dirección del empleador:	**Teléfono del empleador:** ( )	**Nombre de la escuela:**

INFORMACION DE FACTURACION/SEGURO

Compañía de seguros de salud primaria:	**Nombre completo del titular de la póliza:**	**Fecha de nacimiento del titular de la póliza:**
Compañía de seguros de salud secundaria:	**Nombre completo del titular de la póliza:**	**Fecha de nacimiento del titular de la póliza:**

INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA Y DIVULGACION

Nombre completo del contacto principal de emergencia:	**Relación:**	**Teléfono #:** ( )	**Ciudad y estado:**
Nombre completo del contacto secundario de emergencia:	**Relación:**	**Teléfono #:** ( )	**Ciudad y estado:**

Entiendo que tengo derecho a elegir a quién se puede divulgar mi información médica, de seguro y/o financiera. Para nuestros registros, las personas enumeradas anteriormente serán sus contactos de emergencia. También entiendo que si elijo dejar esta información en blanco, la instalación no tendrá un contacto de emergencia ni podrá divulgar ninguna información a nadie, incluido mi cónyuge / pareja, hijos, padres, hermanos, etc. Por lo tanto, autorizo a la Asociación de Práctica Médica KUSM-W a divulgar mi información como se indica a continuación.

AUTORIZACION Y RECONOCIMIENTO

Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar reclamos en mi nombre. Solicito que todos los beneficios del seguro se paguen directamente a la Asociación de Práctica Médica KUSM-W por todos los cargos incurridos por mí. Entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos durante mi tratamiento en las Clínicas de la Asociación de Práctica Médica KUSM-W, independientemente de la cobertura del seguro. Acepto pagar el saldo total de mi cuenta de manera oportuna. También autorizo a la Asociación de Práctica Médica de KUSM-W a divulgar y obtener la información necesaria a/s contacto/s de emergencia, enumerados anteriormente, en caso de una emergencia o pérdida de comunicación entre la Asociación de Práctica Médica de KUSM y el Paciente. Reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de la Asociación de Práctica Médica de KUSM-W.

_____ _____
Firma del paciente, parte responsable o representante legal autorizado **Fecha**

_____ _____
Nombre en letra de imprenta del paciente, parte responsable o representante legal autorizado **Relationship to Patient**

_____ _____
Firma del testigo **Fecha**