

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(Por favor escriba claramente con letra de molde y complete las tres páginas del formulario)

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del Segundo Nombre)

**Apellido de soltera/Otro nombre:** \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del Segundo Nombre)

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Apto. /Lote:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_

**Condado:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **C.P.:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de la Casa:** \_\_\_\_\_ **Teléfono del Trabajo:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_

**Beeper:** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico\*:** \_\_\_\_\_

*\* Al proporcionarnos un correo electrónico usted recibirá una invitación a inscribirse en el Portal de Pacientes de Lexington Medical Center.*

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Estado Civil:**  S  C  D  V **Sex:**  F  M

**Etnicidad:**  Me niego a contestar  Hispano o Latino  No Hispano o Latino

**Raza:**  Me niego a contestar  Indio Americano o Nativo de Alaska  Asiático  Negro o Americano Africano  
 Nativo de Hawaii u otra Isla del Pacífico  Blanco

**El Paciente Habla Inglés:**  Sí  No

**Idioma Preferido:**  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

**Método Preferido de Comunicación:**  Correo regular  Correo Electrónico/Portal  Teléfono de la Casa  
 Teléfono del Trabajo  Celular

**Referido por:** \_\_\_\_\_ **Médico de Cabecera:** \_\_\_\_\_

**Contacto en Caso de Emergencia:** \_\_\_\_\_ **Parentesco con el Paciente:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de la Casa:** \_\_\_\_\_ **Teléfono del Trabajo:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_

**Religión del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Testamento Vital:**  Sí  No

**Poder Notarial:**  Sí  No **Donante de Órganos:**  Sí  No

**¿Tiene usted Seguro Médico?:**  Sí  No

**Pariente más Cercano:** \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del Segundo Nombre)

**Parentesco con el Paciente:** \_\_\_\_\_ **Teléfono de la Casa/El Trabajo:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **C.P.:** \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE

Nombre de la Parte Responsable: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del Segundo Nombre)

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Parentesco con el Paciente: \_\_\_\_\_ Estado Civil:  S  C  D  V Sex:  F  M

Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

## SEGURO MÉDICO PRIMARIO PARA SER PRESENTADO

Número de la Póliza: \_\_\_\_\_ Número/Nombre del grupo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Parentesco con el Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección del Asegurado: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social o de Identificación del Asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía de Seguro Médico: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Compañía de Seguro Médico: \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía de Seguro Médico: \_\_\_\_\_

## SEGURO MÉDICO SECUNDARIO PARA SER PRESENTADO

Número de la Póliza: \_\_\_\_\_ Número/Nombre del grupo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Parentesco con el Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección del Asegurado: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social o de Identificación del Asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía de Seguro Médico: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Compañía de Seguro Médico: \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía de Seguro Médico: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR DEL PACIENTE

Empleador/Escuela: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del Empleador: \_\_\_\_\_ Situación Laboral:  Tiempo Completo  Tiempo Parcial

## INFORMACIÓN ADICIONAL (SÓLO PARA LOS PACIENTES DE 18 AÑOS O MENORES)

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

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

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

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

---

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la Parte Responsable (Si es diferente): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_