

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

FECHA DE HOY: _____			
NOMBRE:		FECHA DE VENCIMINETO:	
APELLIDO	PRIMER	SEGUNDO	(mes/dia/año)

SEXO: Hombre Mujer

TELÉFONO PRIMARIO: _____

DOMICILIO: _____

DE LICENCIA DE CONDUCIR: _____ (Copia de identificaion requerida)

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____
RELACION AL PACIENTE: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro
TELÉFONO PRIMARIO: _____

ORIGEN ETHNICO: ES USTED HISPANO? Yes No

RAZA: Seleccionar Aplicable

- Blanco Negro/Afroamericano Nativo Americano/Alaskeño Las Islas de Pacifico Desconocido
 Asiático Nativo de Hawái No declaro

PORFAVOR TRIAGA SU TARJETA DE SEGURO PARA SER COPIADA PARA SU ARCHIVO

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

CONSENTIMIENTO MÉDICO

Por medio de este documento doy autorización para que el paciente mencionado arriba reciba tratamiento médico o servicios de salud por cualquier miembro del personal médico de Wesley Health Centers. Esto incluye exámenes, procedimientos y servicios diagnósticos no invasivos e invasivos, radiografías, servicios de laboratorio y servicios clínicos que sean provistos durante el transcurso del tratamiento medico al paciente.

FIRMA

Paciente, Padre, Guardian, o Representate Autorizado

Relación con el paciente

Fecha