

**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 ☐ MEtnicidad: ☐ Me niego a contestar ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o LatinoRaza: ☐ Me niego a contestar ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Americano Africano  
☐ Nativo de Hawaii u otra Isla del Pacífico ☐ BlancoEl Paciente Habla Inglés: ☐ Sí ☐ NoIdioma 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 ☐ NoPoder Notarial: ☐ Sí ☐ No Donante de Órganos: ☐ Sí ☐ No¿Tiene usted Seguro Médico?: ☐ Sí ☐ NoPariente 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: \_\_\_\_\_