

# Women's Healthcare Physicians Hoja de Información del Paciente

BIENVENIDOS A NUESTRA PRÁCTICA  
(Por favor imprima y rellene por completo)

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial de segundo nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Unidad# \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Numero de contacto principal: \_\_\_\_\_ Nombre y número de  
farmacias: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Seguro Social# \_\_\_\_\_

Correo electronico: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltera \_ Casada \_\_ Pareja \_\_ Viuda \_\_ Otro \_\_ Apellido de soltera: \_\_\_\_\_

**Raza:** (Por favor circule) afroamericana/ Asiática / India asiática / Negro / Haitiana / Indonesia / Laos /  
Blanco / otro (por favor especifique) \_\_\_\_\_

**Etnicidad:**(circule) Centroamericano / Cuba / Dominicana / hispano o latino / Español / Mexicano /  
No Hispano o Latino / Puerto Rico / Sudamericana  
Otros (Por favor especifique) \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Ocupación  
\_\_\_\_\_

Fecha de contratación \_\_\_\_\_ **A Tiempo:** Completo \_\_\_\_\_ Parcial \_\_\_\_\_ Retirada \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

## **TITULAR DE PÓLIZA / DUEÑO DE CUENTA:**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación  
\_\_\_\_\_

Seguro Social \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

## **CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_.

¿Cómo se enteró de nosotros? \_\_\_\_\_

\*Yo autorizo enviar cualquier información médica necesaria para procesar el reclamo ocurrido a través de esta oficina. Permito una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar del original. Autorizo a mis beneficios de seguro a pagar directamente al médico.

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

775 1<sup>st</sup> Ave. N. Naples, FL 34102 PH: (239) 262-3399 Fax: (239) 261-1189