

Hoja de información para pacientes de atención urgente de Edinger

Nombre del empleador: _____

Motivo de la visita: _____

Información sobre lesiones (si procede):

Fecha de la lesión/enfermedad: _____ Tiempo de la lesión/enfermedad: _____

¿Ha sido tratado en otro lugar por esta lesión mencionada anteriormente? Sí. No.

Si es así, ¿dónde o por quién? _____

Información del paciente:

Seguridad Social: - - _____ Nombre a llamar: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección de la calle: _____

La ciudad: Estado: _____ Zip: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ El género: _____

La carrera: Hispanic _____ Estado civil: _____

Información del DOT:

Número de licencia de conducir: _____ Estado: _____

CDL/CLP: Clase: _____

Contacto de emergencia:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Información del seguro (si procede):

Seguro privado

Nombre del seguro: _____

Parte del cuerpo lesionada _____

Cómo sucedió la lesión? _____
