

CLIFTON COMPREHENSIVE MEDICAL CENTER**Información Confidencial del Paciente**

Fecha de Hoy:

Información de Paciente			
Primer Nombre y Apellido		<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
Direccion		Cuidad, Estado	Numero Postal
Telefono (Casa)	Telefono (Celular)	Telefono (Trabajo)	Correo Electrónico
Fecha de Nacimiento	Edad	La visita de hoy es relacionada a: Trabajo or accidente	
Nombre de Empleo / Escuela			
Contacto de Emergencia		Relacion	Telefono
Status Marital		Nombre de farmacia	
Responsabilidad Financiera			
La persona responsable de la Cuenta		Relacion al paciente	
Direccion(si es diferente)		Cuidad, Estado	Numero Postal
Telefono (Casa)	Telefono (Celular)	Telefono (Trabajo)	Empleo
Fecha de Nacimiento	Seguro Social	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
Seguro Primario			
Nombre de la compania de Seguros		Telefono de su seguro	
Direccion de la compania de seguros		Cuidad, Estado	Numero Postal
Nombre del Asegurado		Numero de identificacion	Numero de Grupo
Fecha de Nacimiento		Seguro Social	
Seguro Secundario			
Nombre de la compania de Seguros		Telefono de su seguro	
Direccion de la compania de seguros		Cuidad, Estado	Numero Postal
Nombre del Asegurado		Numero de identificacion	Numero de Grupo
Fecha de Nacimiento		Seguro Social	
Consentimiento de Tratamiento			
<input type="checkbox"/> Soy el paciente o <input type="checkbox"/> Soy el padre/guardián del paciente o <input type="checkbox"/> Otra Relación _____			
Yo autorizo tal cuidado médico, tratamiento o pruebas de diagnóstico como puede ser recomendado y entiendo que no hay garantía o garantía de resultado ni curación. Este se quedará vigente hasta que retire mi consentimiento por escrito.			
La firma de Paciente/Padre/Guardián:			Fecha: