



Community Health Centers

INFORMACION DEL PACIENTE	INFO. DE EL INDIVIDUO RESPONSABLE (Padre, Madre, Guardian, Esposo, Esposa)
Nombre Primero Segundo Apellido	Nombre Primero Segundo Apellido
Fecha de Nacimiento _____ Sexo F [] M []	Relacion con Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo F [] M []
Seguro Social	Seguro Social
Domicilio	Domicilio
Ciudad Estado Cod. Postal	Ciudad Estado Cod. Postal
Tel. Hogar Mensaje	Tel. Hogar Mensaje
Empleador	Empleador
Domicilio	Domicilio
Ciudad Estado Cod. Postal	Ciudad Estado Cod. Postal
Tel. Trabajo	Tel. Trabajo

La informacion anotada abajo necesita ser completada por el individuo responsable por el paciente.

Estado Civil (Check uno)
 Casado/a [] Soltero/a [] Separado/a [] Divorciado/a [] Viudo/a [] Otro []

Ingreso \$ Semanal [] Mensual [] Anual [] Numero de Familiares en el Hogar _____

Empleado en Agricultura Si [] No [] Si es Si, Es Temporal [] Migrante []

Contacto de Emergencia # de Telefono _____

Tipo de aseguransa Medi-Cal [] Medi-Care [] Aseguransa Privada Si [] No [] Otro _____

Favor de darle su tarjeta de aseguransa a la recepcionista para que le tome copia

Yo certifico que la informacion contenida en esta forma es correcta. Yo autorizo y doy permiso para compartir cualquier informacion medica necesaria para procesar esta forma para tratamiento, pago y operaciones de la compania. Yo autorizo pagos para beneficios medicos a CHC, proveedor servicios. Yo, el firmante autorizo el proveedor o quien sea eligido para asistir, para dar tratamiento y procedimiento en su opinion sea considerada necesaria.

Firma de Paciente _____ Fecha _____

Firma de Individuo Responsable _____ Fecha _____
(Padre, Madre, Guardian, Esposo, Esposa)

Testigo _____ Fecha _____

Patient Name: _____ Medical Record # _____

School Based Clinics Only