

Bienvenido

a nuestra clinica.



TLC Walk-In Clinic
7900 NW 23rd St.
Bethany, OK 73008
Número: 405-470-3232
Fax: 405-470-3233

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Número de seguro social: _____
Fecha de nacimiento: ___/___/___ Años: ___ Hombre Mujer RAZÓN DE LA VISITA: _____
Dirección: _____ Apt: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ ¿Como supiste de nosotros? _____
La mejor forma de contacto? Casa Cel Trabajo Otro: _____ Correo electrónico: _____
No. de casa: _____ ¿Deja un mensaje? Yes No Contacto de emergencia: _____
No. de celular: _____ ¿Deja un mensaje? Yes No Número de contacto de emergencia: _____
Empleador / escuela: _____ Relación con el paciente: _____

FIESTA RESPONSABLE

Quién es financieramente responsable de esta cuenta:

- Yo
 Padre/ guardián
 Otro: _____

INFORMACIÓN DEL GARANTE (SI NO SON MISMOS):

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número: _____ Relación: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿El paciente tiene seguro de salud? Sí No

Compañía de seguros: _____

ID de política: _____ Grupo #: _____

Seguro secundario (si es aplicable)

Compañía de seguros: _____

ID de política: _____ Grupo #: _____

Relación con el asegurado: Yo Padre/ guardian Otro: _____

Nombre del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Relación con el asegurado: Yo Padre/ guardian Otro: _____

Nombre del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

USO SIGNIFICATIVO

De acuerdo con las regulaciones gubernamentales, debemos solicitar la siguiente información: Prefiero no contestar

Idioma preferido: _____

Etnicidad: Hispano o latino Otro: _____

No hispano o latino

Raza: Indio americano o nativo de Alaska Asiático

Negro o afroamericano Caucásico

Nativo de Hawái o Islas del Pacífico Otro: _____

PREFERENCIAS DE DOCTOR Y FARMACIA

Doctor primario: _____

Farmacia: _____

Nombre

Teléfono

Nombre

Ubicación

