

**Información del Paciente**

Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Dirección:				Depto.. #	
Ciudad/Estado/Zip:					
Teléfono de casa:		Celular:		Trabajo:	
<b>Método de contacto preferido para llamadas recordatorias y otros mensajes generados electrónicamente:</b> ___ Mensaje de voz ___ Mensaje de texto ___ Dirección de correo electrónico _____				<b>Si usted selecciona mensaje de voz, seleccione el número preferido:</b> ___ Casa ___ Celular ___ Trabajo	
<b>¿Podemos dejarle un mensaje con respecto a su atención médica y a los resultados de sus pruebas? SÍ NO</b>					
Fecha de nacimiento:			Seguro social:		
Selección de género: ___ Masculino ___ Femenino ___ Transgénero de mujer a hombre ___ Transgénero de hombre a mujer ___ Género Queer ___ Otro					
Pronombre de género preferido: ___ Él/Le ___ Ella/La ___ Algún pronombre más _____			Orientación sexual: (marque todas las opciones que apliquen): ___ Heterosexual o Hetero ___ Bisexual ___ Lesbiana, Gay u Homosexual ___ Alguna orientación más/Otra ___ Cuestionable/Desconocida ___ No Divulgada		
Estado Civil:		Situación de empleo: Jubilado Desempleado Empleado de tiempo completo Empleado de tiempo parcial			
Nombre del empleador:			Nombre de contacto de emergencia:		
Teléfono de contacto de emergencia:			Relación con el paciente:		

**Parte/Garante Responsable**

Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Fecha de nacimiento:		# de seguro social:		Teléfono:	
Dirección de la parte responsable:					
Ciudad/Estado/Zip:				Relación con el paciente:	

**Información Adicional (Sírvase llenar todas las secciones a continuación)**

<b>Raza: (sírvase seleccionar entre las opciones)</b> ___ Asiática ___ Negro/Afroamericano ___ Blanco/Caucásico ___ Indígena Americano /Nativo Americano ___ Nativo de Hawái ___ Más de una raza ___ Nativo de Alaska ___ Nativo de las Islas del Pacífico ___ No se informó/ Se rehúso a dar la información			<b>Origen étnico:</b> ___ Hispano/Latino ___ No Hispano/Latino ___ No se informó/Se rehúso a dar la información		
<b>Trabajador agrícola migrante:</b> SÍ NO	<b>Vive en vivienda pública:</b> SÍ NO	<b>Sin hogar:</b> SÍ NO	<b>Veterano:</b> Veterano No Veterano		
<b>¿Qué idioma(s) habla usted en casa?</b>					
<b>Ingreso por mes:</b> Anual:			<b>Tamaño de la familia:</b>		

**Farmacia**

Nombre y ubicación de la Farmacia:
------------------------------------

**Seguro Médico Primario**

**Seguro Dental Primario**

Nombre de la Compañía de Seguros:	Nombre de la Compañía de Seguros:
Nombre del titular de la póliza:	Nombre del titular de la póliza:

**Aviso de Políticas Financieras, Acuerdo de Autorización de Seguro:**

Mission East Dallas cobrará a las personas que reciben servicios médicos la tarifa habitual y de costumbre que prevalezca en esta zona. Se prestarán servicios de salud a un precio reducido a las personas calificadas que no puedan pagar el precio completo por los servicios. Además, se cobrará a las personas por servicios en la medida en que el pago se efectúe por un tercero autorizado o bajo la obligación legal de pagar los gastos. Mission East Dallas no discriminará a ninguna persona que reciba servicios de salud debido a su incapacidad para pagar o porque el pago se haga bajo los programas Medicare o Medicaid, ya que tenemos acuerdos para aceptar la asignación. Acepto la responsabilidad financiera por todos los tratamientos proporcionados por Mission East Dallas. Autorizo la divulgación de cualquier información a mi compañía de seguros en caso sea necesario. Autorizo que los beneficios de mi seguro, incluido Medicare, se paguen directamente a Mission East Dallas y reconozco que soy financieramente responsable por cualquier saldo.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_