

# !!BIENVENIDO!!

## ENGLEWOOD FAMILY HEALTH CENTER

**Medicina Interna y Familiar:** Rafael Latorre, M.D. , Diana M. Portilla, M.D.  
**Gastroenterología:** Dr. Mitchell Spinell, M.D.  
**Especialista en Reducción de Peso:** María Santiago  
**Ultrasonido, Ecocardiografía y Doppler Vascular**  
Para poder brindarles un mejor servicio es necesario que usted responda el siguiente cuestionario y lea sus responsabilidades al final de este. Esta información es estrictamente confidencial:

**INFORMACION PERSONAL:** Nombre completo (Nombre, Apellido): \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_

Nº Seguro Social (SS): \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_ Código Postal (ZIP Code): \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Celular #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero/a  Casado/a  Viudo/a  Separado/a  Otro  cual?: \_\_\_\_\_

Actualmente se encuentra empleado?: Si  No

Nombre de la Empresa/Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección Empresa: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_ Código Postal (ZIP Code): \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

En caso de emergencia avisar a: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

### INFORMACION DEL SEGURO DE SALUD:

Tiene Seguro de Salud? Si  No

Nombre de la Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado Principal: \_\_\_\_\_

Nº Seguro Social del Asegurado Principal (SS): \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado Principal (mm/dd/aa): \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Nombre de la Empresa/Empleador del Asegurado Principal: \_\_\_\_\_

Dirección Empresa: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_ Código Postal (ZIP Code): \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Relación con el Asegurado Principal:

Esposo/a  Hijo/a  Padre/Madre  Empleado/a  Otro  Cual: \_\_\_\_\_

**INFORMACION MEDICA:** Lista de Medicamentos que usted toma: \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos  Hipertensión  Diabetes  Colesterol  Problemas: Cardiovasculares

Pulmonares  Digestivos  Neurológicos  Endocrinios  Ortopédicos  Piel

Sexuales  Emocionales  Otros  \_\_\_\_\_

El paciente acepta la responsabilidad por el pago completo de los honorarios médicos generados en caso de que la compañía de seguros de Salud niegue el pago de los mismos o sea transferido a su Deductible. El copago debe ser cancelado el mismo día de la consulta. El Centro Médico Familiar de Englewood no se responsabiliza de cobros que le puedan hacer otros proveedores de salud como especialistas, laboratorios, radiología, etc. Es su responsabilidad cada vez que sea referido fuera de esta oficina (PCP) contactar a su Seguro de Salud para confirmar que esos servicios estén dentro de sus beneficios y que los proveedores estén en el Network de su seguro.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA (mm/dd/aa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_