

!!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: Maria 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 ☐ Endocrinos ☐ 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 Medico 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 Net-work de su seguro.

FIRMA: _____ FECHA (mm/dd/aa): ____ / ____ / ____