

SYLMAR MEDICAL CENTER

PATIENT REGISTRATION FORM (SPANISH)

FECHA:

INFORMACION DEL PACIENTE

APELLIDO:		NOMBRE:		[] MUJER [] HOMBRE	
DIRECCION: CALLE		CIUDAD:		ESTADO: CODIGO POSTAL:	
TELEFONO:		CELLULAR:		FECHA DE NACIMIENTO: # DE SEGURO SOCIAL:	
ESTADO CIVIL: [] S [] C [] V [] D			REFERIDO/A POR:		

INFORMACION DE PERSONA RESPONSIBLE

NOMBRE:		RELACION AL PACIENTE: [] MADRE [] PADRE [] TUTOR LEGAL [] MISMO			
NOMBRE DE EMPLEADOR:			NUMERO DE TELEFONO:		

INFORMACION DE EL SEGURO MEDICO

NOMBRE DEL SEGURO MEDICO PRIMARIO:					
APELLIDO:		NOMBRE:		I	
RELACION AL PACIENTE:		# DE GRUPO:		# DE IDENTIFICACION:	

NOMBRE DE EL SEGURO MEDICO SECUNDARIO:					
APELLIDO:		NOMBRE:		I	
RELACION AL PACIENTE:		# DE GRUPO:		# DE IDENTIFICACION:	

INFORMACION SOBRE LA PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE:		RELACION AL PACIENTE:			
DIRECCION:		CIUDAD:		ESTADO: CODIGO POSTAL:	
HOME PHONE:		CELL PHONE#:			

SERVICIOS DE LINGUISTICA

IDIOMA PRICIPAL:		OTRO IDIOMA:			
REQUIERE DE UN INTERPRETE: [] SI [] NO			ES EL PACIENTE SORDO O MUDO? [] SI [] NO		

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

TIENE USTED UNA DIRECTIVA ANTICIPADA FIRMADA? [] SI [] NO SI SU RESPUESTA ES SI POR FAVOR PROVEE UNA COPIA A NUESTRA OFICINA					
DESEA OBTENER INFORMACION SOBRE DIRECTIVAS ANTICIPADAS? [] SI [] NO					

ASIGNACION, AUTORIZACION, & CONCENTIMIENTO PARA MENORES

Yo doy autorizacion a los doctores de Sylmar Medical Center que administren los exámenes, tratamientos o medicamentos que el/ella vean necesarios o terapeutica para mis presente condicion(es). Tambien autorizo a Sylmar Medical Center que provee infomacion sobre de mi presente condicion(es) a agencias de mi seguro medico y le doy la autorizacion irrevocable a los doctores para que recivan compensacion por los servicios que me proveen.

Por este medio hago peticion y doy consentimiento para procedimientos diagnosticos, examinacion CHDP, rayos X, exámenes de sangre, tratamiento medico y dental, incluyendo inmunizaciones, los cuales se crean aconsejables por el personal de Sylmar Medical Center.

Reconozco que he leído este formulario de consentimiento y entiendo su contenido. He tenido la oportunidad de discutirlo, y las preguntas que he hecho se me han constestado a mi satisfaccion completa.

Siendo el padre/guardian legal de el paciente menor, yo doy mi concentimiento para que los procedimientos necesarios sean hechos este o no presente.

Estoy de acuerdo que mi firma debe ser suficiente autorizacion. Si en el futuro necesito servicios de adicionales de Sylmar Medical Center, estoy de acuerdo para que esto sea autorizado a traves del telefono, o una carta firmada dando mi concentimiento.

FIRMA DEL PACIENTE/ PADRE/TUTOR LEGAL				FECHA:	
---------------------------------------	--	--	--	--------	--