

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Apellido		Primer nombre		Inicial segundo nombre
Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento		Servicio Militar de EE.UU. (<input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> En servicio actual <input type="checkbox"/> Dado de baja
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal Condado
Teléfono de la casa ()	Teléfono del trabajo ()	Teléfono celular ()	Correo electrónica	
Estado civil (<input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado	Idioma primario hablado: <input type="checkbox"/> Inglés Limitado	Relación del paciente con la persona responsable (<input checked="" type="checkbox"/> uno) <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo natural <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo de crianza <input type="checkbox"/> Padre de crianza		
Genero (<input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino/Femenino a Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino/Masculino a Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar				
Orientación Sexual (<input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> Lesbiana/homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual (no lesbiana/homosexual) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> No sé				
Raza (<input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> Asiático de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro nativo de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indocumentado				
Etnicidad (<input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano				
¿Es usted un trabajador migrante o miembro de la familia de un trabajador migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Cuanto es su ingreso anual? <input type="checkbox"/> \$0-\$12,490 <input type="checkbox"/> \$12,491-\$15,614 <input type="checkbox"/> \$15,615-\$18,735 <input type="checkbox"/> \$18,736-\$21,858 <input type="checkbox"/> \$21,859-\$24,980 <input type="checkbox"/> \$24,981 & UP Cuantas personas (incluyendo usted) se mantienen de sus ingresos?				
Contacto en caso de emergencia		Teléfono ()	Relación con el paciente	
INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (persona FINANCIERAMENTE responsable de su cuenta)				
Apellido		Primer nombre		Inicial segundo nombre
Dirección de la calle		Ciudad	Estado	Código postal Condado
Teléfono de la casa ()	Teléfono del trabajo ()	Teléfono celular ()	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
COMPAÑÍA DE SEGUROS – INCLUYENDO MEDICAID				
Seguro primario		Núm. de ID	Núm. de grupo	Dirección de la compañía de seguros
Nombre del asegurado		Fecha de nacimiento		Empleador del asegurado
Relación con la persona responsable: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo natural <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Hijo de crianza <input type="checkbox"/> Padre de crianza				
Seguro secundario		Núm. de ID	Núm. de grupo	Dirección de la compañía de seguros
Nombre del asegurado		Fecha de nacimiento		Empleador del asegurado
Relación con la persona responsable: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo natural <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Hijo de crianza <input type="checkbox"/> Padre de crianza				
Cesión y divulgación: Autorizo que mis beneficios de seguros se paguen directamente a PanCare Health. También autorizo a PanCare Health a revelar cualquier información que se requiera para procesar esta reclamación.				
FIRMA: _____			FECHA: _____	

