

Fecha: ____/____/____ MRN _____ (Para la oficina)

Idioma: _____

¿Es su cita médica relacionada con un Accidente? Si No
(No aceptamos casos relacionados con Accidentes)

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: Mes: _____ Día: _____ Año: _____

Sexo: Masculino Femenino Estado Civil: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ País: _____ Código Postal: _____

Teléfono Casa: _____

Teléfono Trabajo: _____

Teléfono Celular: _____

Teléfono Local (USA): _____

Correo electrónico: _____

Grupo Étnico: _____ Raza: _____

¿Tiene algún impedimento visual? Si No

¿Tiene algún impedimento auditivo? Si No

En caso de Emergencia contactar a: _____

Teléfono: _____ Parentesco: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre del Empleador (si aplica): _____ Teléfono: _____

¿Para cuándo solicita su cita? _____

Le recomendamos no comprar boleto aéreo hasta no tener confirmada su cita.
Si ya tiene su viaje programado, por favor indicar fecha de llegada y partida.

¿Cuál es el principal motivo para solicitar la cita con Cleveland Clinic?
Por favor especificar sus síntomas:

Indicar si necesita citas con estas especialidades. Escribir razón de la consulta:

- Medicina Interna: _____
- Cardiología: _____
- Dermatología: _____
- Endocrinología: _____
- Otorrino: _____
- Gastroenterología: _____
- Ginecología: _____
- Neurología: _____
- Urología: _____
- Neumología: _____
- Otro: _____

Seguro:

Nombre de su seguro: _____

Número de póliza: _____

Si no tiene seguro y desea pagar por sus servicios, favor marcar:

Doctor que lo refiere: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Correo Electrónico: _____

- ✓ Una vez completada esta forma, por favor reenviarla a la siguiente dirección de correo electrónico:
loorm@ccf.org
- ✓ Por favor mandar copia de su tarjeta de seguro internacional por ambos lados, sin ella no podemos programar sus citas (no aplica para pacientes que pagarán por su cuenta).
- ✓ **Importante:** todos los informes y/o reportes médicos deben enviarse en inglés.