**: Bienvenidos a nuestro Consultorio:**

Por favor tome unos minutos para contestar las siguientes preguntas, así podremos asistirle con los cuidados de salud que necesita.

 **INFORMACION DE EL PACIENTE:**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Apellido, Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_APT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.P: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono en Casa: (\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: Mujer\_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_ Casado \_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_ Separado \_\_\_\_\_

Razo/Nacionalidad: Afroamericano \_\_\_\_\_ Caucásico \_\_\_\_\_ Hispano \_\_\_\_ Nativo Americano \_\_\_\_\_\_\_

 Oriental/Asiático \_\_\_\_\_Islas del Pacifico \_\_\_\_\_ Otro\_\_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA, A QUIEN PODEMOS CONTACTAR?**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.P: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono en Casa: (\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SEGURO MEDICO PRIMARIO:**

Nombre del Seguro Médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Póliza # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Persona Responsable de la Cuenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ARTURO VALDERRAMA, M.D., INC.

# 345 F STREET, SUITE #220, CHULA VISTA, CA 91910 PHONE (619) 397-5400 FAX (619) 397-5445

**: Bienvenidos a nuestro Consultorio:**

Por favor tome unos minutos para contestar las siguientes preguntas, así podremos asistirle con los cuidados de salud que necesita.

|  |  |
| --- | --- |
|  **Directiva Anticipada:**  ¿Tiene usted Directiva Anticipada? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO ¿Le gustaría a usted información sobre Directiva Anticipada? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO |  |

 **Recetas y Farmacias:**

Yo autorizo al Dr. Arturo Valderrama a revisar mi historial externo de medicamentos:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha

¿Qué farmacia está usando actualmente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre Teléfono de la farmacia

\\

 **ASIGNACION Y DECLARACIÓN:**

 Doy consentimiento por este medio y autorizó la administración de todos los tratamientos de diagnóstico y terapéuticos que se puedan considerar recomendables o necesarios en el juicio del doctor que me atiende. Autorizó por este medio a proveer cualquier información médica pertinente que fue adquirida en el curso de mi examinación o tratamiento.

 Yo autorizó pagar directamente a ARTURO VALDERRAMA, M.D., INC por todos los beneficios del Seguro Médico de cualquier otra manera pagable a mí por los servicios obtenidos. Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos que no sean pagados por mí seguro médico por todos los servicios recibidos por mis dependientes.

 Yo autorizó al Doctor Valderrama y/o cualquiera de sus proveedores de servicios en esta oficina a dar cualquier información requerida para asegurar el pago. Yo autorizó el uso de esta forma para todos los requerimientos de los seguros.

 **Estoy informado de que en caso de que no pueda asistir a mi cita, voy a cancelarla o cambiarla 24 horas antes para evitar el cargo de 25.00 dólares.**

FIRMA DE LA PARTE RESPONSABLE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ARTURO VALDERRAMA, M.D., INC.

# 345 F STREET, SUITE #220, CHULA VISTA, CA 91910 PHONE (619) 397-5400 FAX (619) 397-5445