Eisenhower Urgent Care

Esta información demogríáfica se requiere para registrar a los pacientes que se verán en nuestras Clínicas de Atención de Urgencia, con el fin de ayudar a Eisenhower Medical Center el Estado de California otorgar un mejor servicio a nuestros pacientes. Toda la información se mantendrá confidencial.

Información del paciente:

Género: ☐ M ☐ F **Estado civil:** ☐ S ☐ C ☐ V ☐ D ☐ SEP

Nombre: _____
Apellido Nombre Segundo

Fecha de nacimiento: _____ **Teléfono/ casa** ( ) _____ - _____

Teléfono/ celular ( ) _____ - _____

Domicilio: _____
Número/Calle

_____
Ciudad Estado Código postal

Dirección postal : _____
Número/Calle

_____
Ciudad Estado Código postal

Contacto de emergencia: _____

Número de teléfono : ( ) _____ - _____ **Relación:** _____

Informacion de seguro médico:

Seguro médico _____ **Tenedor de póliza** ☐ Sí mismo ☐ Cónyuge

Nombre de tenedor _____ **Fecha de nacimiento** _____

Informacion de empleo:

Ocupación (o posición anterior): _____

Estatus: ☐ Tiempo Completo ☐ Medio tiempo ☐ Jubilado ☐ Estudiante ☐ Desempleado

Nombre del trabajo: _____

Dirección del trabajo: _____
Número/Calle

_____
Ciudad Estado Código postal

Teléfono /trabajo: ( ) _____ - _____

Información demográfica

Raza: ☐ Indio Americano ☐ Asiático ☐ Africano Americano ☐ Caucásico ☐ Otro/a

Origen étnico: ☐ Hispano ☐ Desconocido ☐ Otro

Idioma principal: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro (favor de especificar): _____

Cómo se enteró acerca de nosotros? ☐ Hotel ☐ Correo ☐ Médico primario ☐ Radio ☐ Otro
☐ Letrero ☐ Televisión ☐ Amigo ☐ Empleador ☐ Internet ☐ Hospital Eisenhower