

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Inicial** \_\_\_\_\_

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Sufijo:
Fecha de nacimiento:	Número de seguridad social:	Género:	Estatura:
Dirección:		Peso:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
Número de teléfono primario:		Número de teléfono secundario:	
Correo electrónico:	<input type="checkbox"/> Permiso que Transcend O&P me contacte entre el correo electrónico que ha proporcionado. Entiendo que alguna información de salud protegida (PHI-Protected Health Information) podría ser compartido en esos correos electrónicos, y entiendo que el correo electrónico no es considera un método seguro para transmitir esta información: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Inicial</b> _____		

## INFORMACIÓN DEL CONTACTO

**Inicial** \_\_\_\_\_

<b>Parte Responsable</b>	Apellido:	Nombre:	Relación con el paciente:		
	<input type="checkbox"/> Comprobar si es lo mismo que el paciente	Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
	Número de teléfono primario:		Correo electrónico:		
<b>Contacto de emergencia</b>	Apellido:	Nombre:	Relación con el paciente:		
	Número de teléfono primario:		Correo electrónico:		
	<input type="checkbox"/> Si la información para el contacto de emergencia ha cambiado, háganoslo saber.				

## INFORMACIÓN DE LA CLÍNICA Y INFORMACIÓN DE LA REFERENCIA

Diagnostico:	¿Es el paciente diabético? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene receta hoy? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quien se refiere: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta/terapeuta ocupacional <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Otro:	Médico familiar:	Fecha de cita: (mes/año)
Médico que refiere y clínica:	Número de teléfono:	Fecha de cita: (mes/año)
Fisioterapeuta/terapeuta ocupacional y la clínica:	Número de teléfono:	Fecha de cita: (mes/año)

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

**Inicial** \_\_\_\_\_

<b>Compañía del seguro principal</b>	Compañía:	
	Póliza:	Número de grupo:
	Nombre del titular de la póliza:	Relación con el paciente:
<b>Compañía del seguro secundario</b>	Compañía:	
	Póliza:	Número de grupo:
	Nombre del titular de la póliza:	Relación con el paciente:
<b>Compañía del seguro terciario</b>	Compañía:	
	Póliza:	Número de grupo:
	Nombre del titular de la póliza:	Relación con el paciente:

**Firma del paciente o representante:** \_\_\_\_\_ **Fecha (mes/día/año):** \_\_\_\_\_