

SANTA LUCIA MEDICAL GROUP, INC.

1336 Natividad Rd., Salinas, CA 93906

(831) 754-4444

INFORMACION DEL PACIENTE

Acct.# _____

APELLIDO	NOMBRE	INICIAL	FECHA DE NAC. /	MES	DIA	ANO
----------	--------	---------	-----------------	-----	-----	-----

SEXO M F	EDAD	ESTATUS ESTUDIANTIL TIEMPO COMPLETO / MEDIO TIEMPO
-------------	------	---

DIRECCION:

Casa _____ Apt.# _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Correspondencia _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Teléfono (Casa) _____ # Celular _____ # Trabajo _____

Nombre del Trabajo _____ Nombre de Aseguranza _____

S.S. # _____ N° de Identificación o de Licencia _____

Si es casado(a), Nombre de esposo (a) _____ Fecha de Nac. _____

Nombre del Trabajo _____ Nombre de Aseguranza _____

S.S. # _____ N° de Identificación o de Licencia _____ # Trabajo _____

SI ES MENOR DE EDAD ¿Con quién vive el niño(a)? Madre Padre Si no vive con los padres naturales
(Por favor complete si usa aseguranza de padre/madre). nombre de la persona que tiene custodia legal

Estado Civil C S V D SEP

Nombre del Padre / Guardián _____ Fecha de Nac. _____

Nombre del Trabajo _____ Nombre de Aseguranza _____

S.S. # _____ N° de Identificación o de Licencia _____ # Trabajo _____

Nombre de Madre / Guardián _____ Fecha de Nac. _____

Nombre del Trabajo _____ Nombre de Aseguranza _____

S.S. # _____ N° de Identificación o de Licencia _____ # Trabajo _____

**¿A CUAL OTRO NUMERO SE LE PUEDE LLAMAR PARA UN MENSAJE?
(DIFERENTE AL DE LA CASA)**

Nombre _____ Parentesco ()

**¿A QUE ADULTO AUTORIZA QUE TRAIGA A SU NIÑO(A) EN CASO DE QUE USTED NO LO PUEDA TRAER?
SI LO TRAE OTRO ADULTO NO ANOTADO, NECESITAMOS UNA NOTA DANDO CONSENTIMIENTO EL
DIA DE LA CITA.**

Nombre _____ Parentesco ()

Nombre _____ Parentesco ()

Yo autorizo al administrador de beneficios de que pague directamente a cualquier doctor, hospital u otro proveedor de servicios.
Yo por este medio, autorizo que usted exponga información al administrador del plan relativo a mi presente enfermedad o lastimadura,
esta información es para asistir al examinador de reclamos en evaluar reclamos. Una copia de esta autorización será considerada tan
útil y válida como la original.

Firma de Padre/Madre/Guardián _____ Fecha _____

Idioma Preferido: Español ☐ Inglés ☐

Alergias a algún medicamento o drogas _____ / ¿Cuál farmacia prefiere?: _____

Iniciales _____ ¿Y en donde?: _____