

Información del paciente

Apellidos	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	País de residencia
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada	Lugar de empleo	Ocupación	Fecha deseada para su cita	

Dirección permanente

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	País
Teléfono (casa)	Teléfono (celular)	Teléfono (oficina)	Email (personal)	

Información del conyuge (si aplica)

Apellidos	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Podemos discutir su información médica con su cónyuge <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Email (personal)	Teléfono (celular)	Teléfono (oficina)	Email (personal)	

Información clínica

Visita relacionada a <input type="checkbox"/> Cesarea <input type="checkbox"/> Parto natural <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Otro	Fecha de última menstruación	Cuántas semanas de embarazo?
Fecha estimada de parto	Diagnóstico	Objetivo de atención médica
Actual Médico Ginecólogo/Obstetra	Teléfono/Email del Médico	Tiene alguna preferencia de género de su médico? <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

Fuente de referencia

Cómo fue referido a nuestro hospital?
 Seguro médico Media/Internet Consulta propia Paciente previo Familia/Amigo Médico Otro

Médico de referencia / Hospital (nombre, dirección, teléfono & fax, email)

Información de seguro médico

Seleccione la opción apropiada, si el paciente es <input type="checkbox"/> Auto pago <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Financiado por el Gobierno	Si está asegurado, complete la siguiente sección		
Relación del paciente con el asegurado: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro	<i>Especifique si otro:</i>		
Nombre del asegurado	Fecha de nacimiento del asegurado	Nombre del seguro	
Número de póliza	Número de grupo	Dirección de reclamo	Teléfono de servicios al cliente
Teléfono de servicios del Proveedor de Salud	Ocupación	Lugar de empleo	Teléfono (oficina)

Persona de contacto en estados unidos (si aplica)

Nombre	Relación con el paciente	Idioma de preferencia
Dirección	Teléfono local	Email

Información adicional

Completado por	Fecha	Relación con el Paciente
----------------	-------	--------------------------

Deseo recibir mensajes vía correo electrónico sin clave de seguridad. Existe el riesgo que la información contenida en correos electrónicos sin clave de seguridad sean interceptados por una tercera entidad. Entiendo que tengo derecho de recibir este tipo de mensajes seguros (con clave de seguridad). Al poner mis iniciales en esta línea renuncio a ese derecho y solicito que los correos electrónicos sean enviados sin clave de seguridad. _____

Servicios Internacionales

Phone: 832-824-1138

Telefono: 832-825-2545

international@texaschildrens.org