

Información del paciente

Apellidos	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Sexo (M/F)	Religión
-----------	---------------	------------------------	-----------------------------------	------------	----------

Dirección permanente

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	País
-----------	--------	--------	---------------	------

Dirección temporal

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	País
-----------	--------	--------	---------------	------

Información adicional

Idioma del paciente	Requiere intérprete (Sí/No)
---------------------	-----------------------------

Información de padres o representante legal

Apellidos	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Relación con el Paciente
Email	Teléfono celular		Ocupación	Lugar de empleo
Apellidos	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Relación con el Paciente
E-mail	Teléfono celular		Ocupación	Lugar de empleo
Idioma de preferencia de padres y/o representante legal			Teléfono adicional	

Persona de contacto en estados unidos (si aplica)

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

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

Telefono: 832-824-1138

Fax: 832-825-2545

international@texaschildrens.org

© 2024 Texas Children's Hospital. All rights reserved. INT-23556-24

Información de seguro medico

Seleccione la opción apropiada, si el paciente es

Auto pago
 Asegurado
 Financiado por el Gobierno

Si está asegurado, complete la siguiente sección

Relación del paciente con el asegurado: Yo Cónyuge Hijo/a Otro *Especifique si otro:*

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)

Información médica

Visita relacionada con

Segunda Opinión Consulta
 Cirugía Otro

Diagnóstico

Objetivo de atención

Nombre del medico que refiere al paciente

Dirección

Número de teléfono

Email de médico refiriente

Fecha deseada para su cita médica

Referido por

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)

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

Telefono: 832-824-1138

Fax: 832-825-2545

international@texaschildrens.org

© 2024 Texas Children's Hospital. All rights reserved. INT-23556-24