**MORROW COUNTY HEALTH DISTRICT**

Irrigon Medical Clinic

**Información del Paciente**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellido: | Nombre: | Segundo Nombre: | |
| Numero de Seguro Social: | Fecha de Nacimiento: | Sexo: Masculino / Femenino | |
| No. de Telefono.: (Casa ) | No. Cellular: | No. Trabajo: | |
| Domicilio: | Ciudad: | Estado: | C.P: |
| Domicilio Postal: | Ciudad: | Estado: | C.P: |
| Email: | NO. de Licencia: | Estado: | |
| Estudiate: Tiempo Completo / Medio Tiempo / No | Estado Civil: Soltero(a) / Casado(a) /Divorciado(a) /Separado(a) / Viudo(a) /Union Libre | | |
| Estado de empleo: Tiempo Completo / Medio Tiempo / Trabajador Independiente / Jubilado (a) / Militar Activo / Desempleado | | | |
| Empleador / Nombre de Escuela: | | Ocupación: | |
| Domicilio: | Ciudad: | Estado: | C.P: |

**Información del Responsable** **Relación con el (la) Paciente:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellido: | Nombre: | Segundo Nombre: | |
| No. Seguro Social: | Fecha de Nacimiento: | Sexo: Masculino / Femenino | |
| No. de Telefono de Casa : | No. Cellular: | No. Trabajo: | |
| Domicilio: | Ciudad: | Estado: | C.P: |
| Domicilio Postal: | Ciudad: | Estado: | C.P: |
| Email: | No. de Licencia: | Estado: | |
| Estudiante: Tiempo Completo / Medio Tiempo / No | Estado Civil: Soltero(a) / Casado(a) /Divorciado(a) /Separado(a) / Viudo(a) /Union Libre | | |
| Estado de empleo: Tiempo Completo / Medio Tiempo / Trabajador Independiente / Jubilado (a) / Militar Activo / Desempleado | | | |
| Empleador / Nombre de Escuela | | Occupation: | |
| Domicilio | Ciudad: | Estado: | C.P: |

**Persona a llamar en caso de Emergencia:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre: | | Parentesco: | |
| Domicilio: | Ciudad: | Estado: | C.P: |
| No. de Telefono.: (Casa ) | No. Cellular: | No. Trabajo: | |

**Persona a llamar en caso de Emergencia:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre: | | Parentesco: | |
| Domicilio: | Ciudad: | Estado: | C.P: |
| No. de Telefono.: (Casa ) | No. Cellular: | No. Trabajo: | |

**Información de Seguro Medico Primario Imformación de Seguro Medico Secundario**

|  |  |
| --- | --- |
| Aseguradora: | Aseguradora: |
| Domicilio: | Domicilio: |
| No. de Telefono: | No. de Telefono: |
| No. de Identiciación: | No. de Identiciación: |
| No. de Grupo: | No. de Grupo:: |
| Parentesco con el (la) subscriptor: ( Propio / Esposa (o) / HIjo (a) | Parentesco con el (la) suscriptor: ( Propio / Esposa (o) / HIjo (a) |
| Nombre del Suscriptor: | Nombre del Suspriptor: |
| Fecha de Nacimiento del suscriptor: | Fecha de Nacimiento del suscriptor: |
| No. de seguro social del suscriptor: | No. de seguro social del suscriptor: |
| Domicilio del suscriptor: | Domicilio del suscriptor: |
| Ciudad / Estado / C.P: | Ciudad / Estado / C.P: |
| Empleador del suscriptor: | Empleador del suscriptor: |
| Ocupacion del suscriptor: | Ocupacion del suscriptor: |
| Domicilio del Empleador: | Domicilio del Empleador: |
| Ciudad / Estado / C.P: | Ciudad / Estado / C.P: |
| No. de Tel. Del Empleador: | No. de Tel. Del Empleador: |

**La información proveida es correcta y actual a lo mejor de mi conocimiento.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma de la Persona Responsable Fecha**