BSHSMG-11-SP

BON SECOURS MEDICAL GROUP
Bon Secours Virginia Health System

Place patient label inside box (if no patient label, complete below)

Name: _____

DOB: _____

MR #: _____

NOMBRE DE LA PRÁCTICA: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

DOMICILIO PARTICULAR: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ **CIUDAD:** _____ **ESTADO:** _____

DIRECCIÓN POSTAL: (☐ la misma que la anterior) _____

CÓDIGO POSTAL: _____ **CIUDAD:** _____ **ESTADO:** _____

TEL. PARTICULAR: (____)_____ **TEL. LABORAL:** (____)_____ **TEL. CELULAR:** (____)_____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** _____

ESTADO CIVIL: _____ **CONTACTO PREFERIDO:** _____

SEXO: _____ **RAZA:** _____ **ORIGEN ÉTNICO:** _____

IDIOMA: _____ **PREFERENCIA RELIGIOSA:** _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: _____ **REFERIDO POR:** _____

EMPLEADOR: _____ **N.º DE TELÉFONO:** (____)_____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ ☐ No tiene correo electrónico ☐ No desea proporcionar uno

CÓMO SUPO SOBRE NOSOTROS? _____

INFORMACIÓN SOBRE LA PARTE RESPONSABLE *(si no es el paciente)*

NOMBRE DEL RESPONSABLE (O ASEGURADO): _____
Apellido Nombre Segundo nombre

DIRECCIÓN: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ **CIUDAD:** _____ **ESTADO:** _____

TEL. PARTICULAR: (____)_____ **TEL. LABORAL:** (____)_____ **TEL. CELULAR:** (____)_____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** _____

INFORMACIÓN SOBRE LA PARTE ASEGURADA *(si no es el paciente)*

RELACIÓN PACIENTE - SUSCRIPTOR: (circule una opción) **PACIENTE CÓNYUGE HIJO/A OTRO**

FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRITOR PRINCIPAL: _____

RELACIÓN PACIENTE - SUSCRIPTOR SECUNDARIO: (circule una opción) **PACIENTE CÓNYUGE HIJO/A OTRO**

FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRITOR SECUNDARIO: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE: _____ **RELACIÓN:** _____

TEL. PARTICULAR: (____)_____ **TEL. LABORAL:** (____)_____ **TEL. CELULAR:** (____)_____

FIRMA DEL PACIENTE O
DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____ **FECHA:** _____