**Formulario de actualización para pacientes conocidas**

**Información de la paciente:**

**Apellido:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Nombre**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:**

**Otro/Apellido de soltera**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Fecha de nacimiento:**

**Dirección:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ciudad, estado y código postal**:

**Teléfono móvil:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Otro teléfono:**

**Correo electrónico:**

(Al proporcionar su correo electrónico, recibirá comunicaciones sobre nuestro portal para pacientes y los servicios del centro de atención).

**¿Qué medio de comunicación prefiere?** (Marque todas las opciones que correspondan):

Teléfono móvil (mensaje de texto) Teléfono móvil (mensaje de voz) Otro teléfono Correo electrónico

**¿Podemos enviarle un mensaje breve con información médica o con recordatorios de las citas a través del medio de comunicación que marcó como preferido?** Sí No

**Estado civil**: Soltera Casada Viuda Divorciada Separada Concubina

**Nombre del cónyuge/pareja:**

**Información de empleo**

**Situación laboral o estudiantil**: Tiempo completo Tiempo parcial  Desempleada Trabajadora independiente   
 Militar activa Jubilada Estudiante a tiempo completo Estudiante a tiempo parcial

**Empleador:**

**Ocupación:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono:**

**Información secundaria (menores de 18 años y no emancipadas)**

**Nombre del padre/madre/tutor legal**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Teléfono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Relación:** Padre Abuela Otro pariente Otro

**Contacto de emergencia**

**Nombre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Teléfono:**

**Relación:** Cónyuge/Pareja Padre/Madre Hijo/Hija Otro pariente Amigo/Amiga Otro

**Proveedor de atención primaria/Proveedor referido**

**Médico de atención primaria:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Teléfono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección:**

**Médico que refiere (si es otro):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono:**

**Dirección:**

**Información de farmacia**

**Nombre de la farmacia local:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Teléfono**:

**Dirección:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ciudad, estado y código postal**:

**Nombre de la farmacia por correo:**

**Información del seguro**

**Proveedor del seguro primario:**

**Nombre de la titular de la póliza**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento de la titular de la póliza:**

**Empleador de la titular de la póliza**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Proveedor del seguro secundario:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre de la titular de la póliza**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento de la titular de la póliza:**

**Empleador de la titular de la póliza:**

**Amigos y familiares involucrados en el tratamiento (opcional)**

Autorizo a que las siguientes personas reciban información sobre mi tratamiento y el pago para que colaboren en mi atención médica.  Entiendo que este permiso es válido hasta que se revoque.

**Nombre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Teléfono:**

**Relación:** Cónyuge/Pareja Padre/Madre Hijo/Hija Otro pariente Amigo/Amiga Otro

**Nombre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Teléfono:**

**Relación:** Cónyuge/Pareja Padre/Madre Hijo/Hija Otro pariente Amigo/Amiga Otro

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, que entiendo y que estoy de acuerdo con lo anterior con respecto a la autorización para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica.

**Firma de la paciente/del representante autorizado**  **Fecha**