

DATOS DEMOGRAFICOS DEL PACIENTE

Nuvia Health

Informacion del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____
Nombre Preferido: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Direccion: _____
Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Informacion de Contacto

Telefono: _____

Es un numero movil? ☐ Si ☐ No

Consiente recibir mensajes de texto de Nuvia Health sobre citas, coordinacion de atencion y comunicaciones de la clinica a este numero?

☐ Si ☐ No

Pueden aplicar tarifas de mensajes y datos. Puede cancelar en cualquier momento notificando a la oficina.

Correo Electronico: _____

Consiente recibir comunicaciones no urgentes de Nuvia Health a este correo electronico (ej: programacion, formularios, actualizaciones generales)?

☐ Si ☐ No

Genero e Identidad

Sexo Asignado al Nacer:

☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Prefiero no contestar

Pronombres (opcional): _____ Idioma Preferido: _____

Seguro Medico — Primario

Nombre de Aseguradora: _____

Numero de Grupo: _____

Numero de Identificacion: _____

Relacion con el Suscriptor: _____

Nombre del Suscriptor (si no es usted): _____

Fecha de Nac. del Suscriptor: _____

Direccion del Suscriptor (si no es usted): _____

Seguro Medico — Secundario (si aplica)

Nombre de Aseguradora: _____

Numero de Grupo: _____

Numero de Identificacion: _____

Relacion con el Suscriptor: _____

Farmacia

Nombre de la Farmacia: _____

Direccion de la Farmacia: _____

Autoriza a Nuvia Health a enviar recetas electronicamente?

☐ Si

☐ No

Contacto de Emergencia

Nombre: _____

Telefono: _____

Relacion con el Paciente: _____

Esta persona solo sera contactada en caso de emergencia y no esta autorizada a recibir informacion medica a menos que la ley lo permita.

Firma del Paciente

Fecha

Al firmar, reconozco la exactitud de la informacion proporcionada anteriormente.