

Apellido del Paciente _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Fecha de Nacimiento (mes) _____ (día) _____ (año) _____ Número de Seguro Social _____ - _____ - _____

Dirección Actual _____ Apto. # _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____

Teléfono Principal _____ Teléfono Secundario _____

Teléfono del Trabajo _____ Ext. _____ Dirección Electrónica _____

El Sexo del Paciente: Masculino Femenino(Estado Marital) El paciente es: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a) Otro _____

Si el paciente está casado (a), nombre del esposo o esposa: _____

¿En qué país nació el paciente? _____

¿Cuál es su lenguaje primario? _____

¿Con cuál raza o grupo étnico se identifica el paciente?

- Blanco (caucásico, medio oriental, norteafricano) Latinx/ Hispano Asiático
 Negro (afroamericano, orígenes africanos, afro hispánicos) Multirracial
 Nativo Americano/ Alaska Isleño del Pacífico/ Hawaiano Otro

¿Trabaja el paciente? No Si ¿Dónde? _____¿Tiene seguro médico o TennCare? No Si (Por favor, muestre la tarjeta en la recepción.)

¿Quién lo refirió a esta clínica? _____

Otros lugares donde el paciente ha recibido cuidado médico o social: _____

INFORMACION DEL 1er PADRE DE FAMILIA O GUARDIAN LEGAL¿Es el este padre de familia/guardián paciente actual de Siloam? Sí No

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Fecha de nacimiento (mes) _____ (día) _____ (año) _____ Número de Seguro Social _____ - _____ - _____

Dirección Actual _____ Apto. # _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____

Teléfono Principal _____ Teléfono Secundario _____

Teléfono del Trabajo _____ Ext. _____ Dirección Electrónica _____

Relación con el Paciente _____ Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Viudo Otro _____

Si el paciente se encuentra bajo la custodia de alguien que no sea su padre de familia biológico, favor de presentar la documentación legal de custodia/cuidado legal.

**INFORMACION DEL 2do PADRE DE FAMILIA O GUARDIAN LEGAL
(Si fuera aplicable)**

¿Es el este padre de familia/guardián paciente actual de Siloam? Sí No

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Fecha de nacimiento (mes) ____ (día) ____ (año) ____ Número de Seguro Social ____ - ____ - ____

Dirección Actual _____ Apto. # _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____

Teléfono Principal _____ Teléfono Secundario _____

Teléfono del Trabajo _____ Ext. _____ Dirección Electrónica _____

Relación con el Paciente _____

Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Viudo Otro _____

Si el paciente se encuentra bajo la custodia de alguien que no sea su padre de familia biológico, favor de presentar la documentación legal de custodia/cuidado legal.

Por el Programa de Tarifas Variables

Favor de proporcionar la siguiente información del paciente y TODOS LOS FAMILIARES que viven en la casa del paciente.

#	Nombres (Incluyendo el del paciente)	Edad	Sexo (M/F)	¿Paciente de Siloam? (S/N)	¿Relación al paciente?	Nombre de Empleador	Ingreso mensual de todos los trabajos u otras fuentes tales como Seguro Social, Pensiones, Inversiones, Manutención de Menores o Pensión Alimenticia	Nombre de la Compañía de Seguro de Salud
1								
2								
3								
4								
5								
						Total de los ingresos →		

X _____ Fecha de hoy ____ / ____ / ____

(Firma del paciente, de padre de familia, o de guardián)

Su firma en este formulario certifica que la información es verdadera y que Siloam tiene permiso de verificarla por otras fuentes.



REPRESENTANTE AUTORIZADO PARA MENOR DE EDAD:

AUTORIZACION PARA AGENTES A DAR CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y TRANSPORTE

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento: / /
----------------------	----------------------------------

Como padres de familia/guardianes legales de niños quienes son pacientes en Siloam Health, usted puede dar permiso por adelantado para que ciertas personas (mayores de 18 años) acompañen a su hijo/hijos a Siloam Health para sus servicios de atención médica cuando Usted no puede estar presente. Favor de indicar dichos individuos abajo.

Personas Nombradas (como Representantes):

Nombre: _____ No. De Teléfono _____ Relación: _____

SOLAMENTE PARA NIÑOS DE 15 AÑOS O MAYORES

Para niños de 15 años de edad o mayores, usted da su permiso por adelantado para que los menores de edad puedan ser personas designadas por si mismo.

¿Autoriza usted a este paciente que tiene 15 años o más a venir a Siloam Health y dar consentimiento a ser tratado en su ausencia?

SI _____ NO _____

Yo solicito y autorizo a Siloam Health y su personal a prestar servicios de atención médica en mi ausencia a mi hijo mencionado anteriormente cuando esté acompañado por cualquiera de las siguientes personas que he designado como representantes. Entiendo que como resultado de mi autorización, estos "Representantes" tienen la capacidad de tomar decisiones médicas y de tratamiento con respecto a mi hijo. También pueden obtener, tener acceso o conocer la información de salud protegida de mi hijo y la información sobre la cuenta de facturación de mi hijo con Siloam Health. Entiendo que es mi responsabilidad contactar a Siloam Health para eliminar nombres de este formulario, según sea necesario; de lo contrario, se cumplirán los "Representantes para menores" que se muestran.

X _____
Firma de Padre de Familia o Guardián de pacientes menores de 18 años

_____/_____/_____
(Fecha de Hoy)

Identifique la relación si se firma alguien que no sea el paciente (padre de familia, guardián legal, asistente social, etc.)

Este acuerdo seguirá vigente por un año después de haber sido firmado.