

# Bienvenido

a nuestra clinica.



TLC Walk-In Clinic  
7900 NW 23<sup>rd</sup> St.  
Bethany, OK 73008  
Número: 405-470-3232  
Fax: 405-470-3233

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ Años : \_\_\_  Hombre  Mujer RAZÓN DE LA VISITA: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ ¿Como supiste de nosotros? \_\_\_\_\_  
La mejor forma de contacto?  Casa  Cel  Trabajo  Otro: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
No. de casa: \_\_\_\_\_ ¿Deja un mensaje?  Yes  No Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_  
No. de celular: \_\_\_\_\_ ¿Deja un mensaje?  Yes  No Número de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_  
Empleador / escuela: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

## FIESTA RESPONSABLE

Quién es financieramente responsable de esta cuenta:

- Yo  
 Padre/ guardián  
 Otro: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL GARANTE (SI NO SON MISMOS):

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Número: \_\_\_\_\_ Relación : \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿El paciente tiene seguro de salud?  Sí  No

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

ID de política: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

**Seguro secundario (si es aplicable)**

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

ID de política: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado:  Yo  Padre/ guardian  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado:  Yo  Padre/ guardian  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_

## USO SIGNIFICATIVO

De acuerdo con las regulaciones gubernamentales, debemos solicitar la siguiente información:  Prefiero no contestar

Idioma preferido: \_\_\_\_\_

Etnicidad:  Hispano o latino  Otro: \_\_\_\_\_

No hispano o latino

Raza:  Indio americano o nativo de Alaska  Asiático

Negro o afroamericano  Caucásico

Nativo de Hawái o Islas del Pacífico  Otro: \_\_\_\_\_

## PREFERENCIAS DE DOCTOR Y FARMACIA

Doctor primario: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_

Nombre

Teléfono

Nombre

Ubicación

