The Centers for Kidney Care

Formulario de informacion del Paciente **Fecha** _____

Nombre del Paciente _____

Direccion principal del Paciente:_____

Direccion secundaria_____

Ciudad _____ Estado_____

Codigo postal _____ Condado_____

Su Empleador _____

Su direccion_____

Ciudad _____ Estado ___ Codigo postal _____

Medico de atencion primaria _____
Military Duty

Su telefono_____

Telefono de Domicilio _____

Telefono del trabajo:_____

Telefono celular_____

Sexo: Masculino Femenino

Fecha de nacimiento _____

Numero de Seguro Social_____

Direccion de correo electronico_____

El estado civil Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a)

Empleo Tiempo completo Tiempo parcial Desempleado Empleado Independiente Retirado

Estudiante Si / No Tiempo completo Tiempo parcial

Contacto de emergencia_____

Su direccion _____

Ciudad _____ Estado ____ Codigo postal _____

Sexo: Masculino Femenino Relacion_____

Telefono de Domicilio_____

Telefono del trabajo_____

Telefono Celular_____

Fecha de nacimiento _____

Seguro **Primario**

Compania de seguro _____

Nombre del titular de la poliza_____

Relacion al paciente: Si mismo Conyuge Padre o Madre

Numero de poliza _____

Nombre de Grupo_____ Numero de grupo _____

Seguro Secundario

Compania de seguro _____

Nombre del titular de la poliza_____

Relationship to Patient: Self Spouse Parent

Certification Number _____

Group Name _____ Group Number _____

Raza Blanco Afroamericano Americano Asiatico Hawaiano natal o Otro Isleno Pacifico Amerindio Nativo de Alaska Rechazo especificar

Pertenencia Etnica Hispano/Latino No Hispano/Latino No relatado Niego a responder

Idioma Ingles Espanol Otro _____