



Sioux Center Medical Clinic
 1101 9th St SE
 Sioux Center, IA 51250
 (712) 722-2609
 Fax: (712) 722-8426

Hull Medical Clinic
 807 Main St. Suite D
 Hull, IA 51239
 Phone (712) 439-1315
 Fax: (712) 439-1264

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido Legal 1° Nombre Legal 2° Nombre Legal Empleador

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año) Sexo (M/F) Dirección

Número de Seguro Social Ciudad Estado Código Postal

Nombre de Soltera u Otro Nombre Ocupación

Dirección (_____) Teléfono de Trabajo

Ciudad Estado Código Postal Situación Laboral: Medio tiempo Tiempo completo Jubilado

(_____) Su Médico Familiar

(_____) Nombre de Clínica de su Médico Familiar

Dirección de Email Ubicación de Clínica Arriba Mencionada (Ciudad)

Estado Civil	Raza	Idioma de Preferencia _____
Soltero(a)	Blanco Desconocido	¿Tiene Documento de Voluntades Anticipadas? S N Más Info
Casado(a)	Hispano o Latino	¿Poder Notarial Permanente? S N Más Info
Divorciado(a)	Negro/Africano Americano	¿Si, quién? _____
Viudo(a)	Americano Indio/Nativo de Alaska	
Otro	Hawaiano/De otra Isla del Pacifico	
Desconocido	Asiático	
	Escojo no decir/Rehusado	

FAMILIAR MAS CERCANO:

PERSONA PARA NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA:

Apellido Nombre Segundo Nombre Apellido Nombre Segundo Nombre

Dirección Dirección

Ciudad Estado Código Postal Ciudad Estado Código Postal

(_____) (_____) (_____) (_____) (_____) (_____) Teléfono de Casa Otro Teléfono Otro Teléfono

Relación con Usted (el paciente) Relación con Usted (el paciente)

INFORMACIÓN DE PERSONA CON RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Si igual que del paciente, escriba *same* en el renglón para el nombre y proceda con la sección de aseguranza

Apellido Legal	1° Nombre Legal	2° Nombre Legal	Empleador		
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Sexo (M/F)		Dirección		
Número de Seguro Social			Dirección		
Dirección			Ciudad	Estado	Código Postal
Ciudad	Estado	Código Postal	Ocupación		
(____)			(____)		
Teléfono de Casa			Teléfono de Trabajo		
Relación con Usted (el paciente)			Situación Laboral: Medio tiempo	Tiempo completo	Jubilado

Si esta visita debe ser cobrada a alguien aparte de usted/su seguro médico, favor de informarle a la recepcionista.

INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO

POLIZA DE SEGURO PRIMARIO	SEGUNDA POLIZA DE SEGURO	DE TELÉFONO CELULAR
Nombre de Aseguranza	Nombre de Aseguranza	Por la presente acepto que al proporcionar mi número de teléfono celular, concedo el permiso de recibir llamadas automatizadas a mi número de teléfono celular para contacto respecto a facturación, contabilidad, colecciones o cualquier otro asunto de finanzas. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes pregrabados o de voz artificial así como el uso de un dispositivo de marcado automático, según corresponda.
Nombre del Titular del Seguro	Nombre del Titular del Seguro	
SS# del Titular Fecha de Nac.	SS# del Titular Fecha de Nac.	
Fecha de Vigencia de Póliza	Fecha de Vigencia de Póliza	
Relación con Usted (el paciente)	Relación con Usted (el paciente))	
		<input type="checkbox"/> No acepto

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo la revelación de información médica a los siguientes miembros familiares.
(Si no hay, escriba *none* en el primer renglón)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
Su Firma	Fecha

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO

Por este medio doy autorización a los Médicos, y personal de Sioux Center Health para tratamiento médico, diagnóstico y/o procedimientos quirúrgicos.

_____	_____
Su Firma	Fecha