

Good Shepherd - 12th Street
 20 12th Ave. NW
 Ardmore, OK 73401
 Phone: 580-223-3411
 Fax: 580-226-6213
 www.buildinghealthypeople.org



GOOD SHEPHERD
 community clinic, inc.
 building healthy people

Good Shepherd - Walnut Drive
 1104 Walnut Drive
 Ardmore, OK 73401
 Phone: 580-226-0543
 Fax: 580-226-2284
 www.buildinghealthypeople.org

TODAS LAS SECCIONES DEBEN COMPLETAR - NO DEJAR PREGUNTAS SIN CONTESTAR

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre Completo (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre):			
Fecha de Nacimiento (MM/DD /AAAA):	Número de Seguro Social:	Nombre de Soletera de la Madre:	
Dirección Postal (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal, Condado):			
Dirección Física (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal):			
Teléfono Principal: ()	Teléfono: ()	Teléfono: ()	
Correo Electronico:		Preferencia de Contacto:	
Lenguaje Primario:	Necesitas un traductor? Si/ No		Ethnicidad:
Raza:			
Estado Civil:	Miembros de la familia sostenidos por ingresos:	Adultos:	Niños:
ORIENTACIÓN SEXUAL / GÉNERO			
Cual es tu Orientacion Sexual?			
Cuál es su Sexo?		Pronombre Preferido:	
Sexo (al nacer):	Confinado en Casa:	Trabajador Agrícola:	Sin Hogar:
Paciente del Centro de Salud Escolar:		Veterano:	Vivienda Pública:
CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTROS SERVICIOS? (elija todo lo que corresponda)			
CONTACTO DE EMERGENCIA			
Nombre Completo:		Relación del paciente con el contacto:	
Teléfono Principal: ()	Teléfono: ()	Teléfono: ()	
Familiar Más Cercano (Nombre, Relación):		Teléfono: ()	
INFORMACION DE EMPLEO			
Nombre del Empleador:		Número de Teléfono del Empleador:	
Ocupación:		Industria Habitual:	

INFORMACIÓN DEL RESPONSIBLE		
Nombre Completo (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre):		
Fecha de Nacimiento (MM/DD /AAAA):	Relación del paciente con la parte responsable:	
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal):		
Teléfono Principal: ()	Teléfono: ()	Teléfono: ()

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA		
<i>POR FAVOR PROPORCIONE UNA COPIA DE LAS TARJETAS DE ASEGURANZA Y IDENTIFICACIÓN</i>		
Compañía de Aseguración Primaria:	Fecha Efectiva:	
Dirección de Reclamación (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal):		
Número de Identificación:	Numero de Grupo:	
Nombre del Titular de la Tarjeta:	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de Seguro Social:
Dirección del Titular de la Tarjeta (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal):		
Empleador del Titular de la Tarjeta:		

CONTINUACIÓN DE INFORMACIÓN DE ASEGURANZA		
Compañía de Aseguración Secundaria:	Fecha Efectiva:	
Dirección de Reclamación (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal):		
Número de Identificación:	Numero de Grupo:	
Nombre del Titular de la Tarjeta:	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de Seguro Social:
Dirección del Titular de la Tarjeta (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal):		
Empleador del Titular de la Tarjeta:		

FARMACIA PREFERIDA			
Nombre de la Farmacia:	Número de Teléfono:	Ciudad:	Estado:

Por lo presente declaro que la informacion anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo a la practica antes mencionada a dar cualquier informacion adquirida durante mi tratamiento a mi compania de seguros, empleadores, medicos, instituciones, o pagadores de terceras partes, como se requiere para ciertas reclamaciones presentadas. Ademas, he revisado el Aviso de Practicas de Privacidad y entiendo que puedo recibir una copia impresa a peticion verbal o escrita. Ademas, autorizo el pago directo a hacerse a la practica antes mencionado por cualquier y todos los servicios medicos prestados. Entiendo que si los cargos de servicio no estan cubiertos por mi seguro, sere el unico responsable de tales cargos.

Firma del Paciente / Padre/ Guardián Legal

Nombre Imprimido

Fecha