

# Minidoka Medical Center

## RHC

1308 8th st. Suite 1

Rupert, ID 83350

(p) 1-208-436-4322 (F) 1-208-436-1312

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Gracias por elegir nuestra oficina! Con el fin de servirle correctamente, necesitamos la información siguiente. Por favor llene completamente. Por favor imprima. Toda la información será confidencial.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Macho\_Hembra \_\_\_\_\_  
Último SSN(necesario) \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_ Primer \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección física \_\_\_\_\_  
Dirección postal (si es diferente) \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Codigo postal \_\_\_\_\_ Ciudad Estado Codigo postal \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Paciente Portal \_\_\_\_\_ Yeso Noa \_\_\_\_\_

No utilizaremos su correo electrónico para la solicitud. Es para fines de comunicación sólo a través del portal.

Método de contacto preferido: Teléfono de casa  Teléfono celular  Texto  Correo electrónico  Correo

Estado civil: Casado Soltero Divorciado Separado Viudo Viudo/casado nuevamente Otro  significativo

Pacientes o sus Padres Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Si menor, lista nombre de padre/jefe de hogar \_\_\_\_\_

Padre/garante fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono si diferente \_\_\_\_\_

Persona de contacto en caso de emergencia? \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Relación con paciente: \_\_\_\_\_

Seguros primarios \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado Fecha de Nacimiento del Segurado Relación con el paciente SSN de asegurado: \_\_\_\_\_

Número de ID # \_\_\_\_\_ Group# \_\_\_\_\_

Cantidad deducible de \$ \_\_\_\_\_ o Co-pago ( Co-insurance / Co-Pay ) \_\_\_\_\_

Seguros Secundarios \_\_\_\_\_ Relación seguro secundario el Pt. \_\_\_\_\_