



FORMULARIO DEMOGRAFICO

Demografia:

Apellido:	Nombre:	Inicial:
<hr/>		
Direccion:		
<hr/>		
Ciudad:	Estado:	Codigo postal:
<hr/>		
Fecha de nacimiento:		
<hr/>		
Sexo:	Hombre	Mujer
<hr/>		
	Transgenero	

Estado civil:

☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Separado

Contacto:

Telefono:	Celular:
<hr/>	
Email Address for Patient Portal Use:	
<hr/>	
Nombre contacto de emergencia:	Teléfono del contacto de emergencia:
<hr/>	
Relacion con usted:	
<hr/>	

Idioma preferido:

☐ Ingles ☐ Espanol

Como escucho de nuestra clínica?

CONSENTIMIENTO PARA IDENTIFICACIÓN CON FOTO:

Doy mi consentimiento para que Sole Health tome una fotografía digital de mi rostro para fines de identificación del paciente. La fotografía digital permanecerá con mi expediente médico electrónico y no se utilizará para otros fines sin mi autorización.

EL ABAJO FIRMANTE CERTIFICA QUE HA LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTO LO ANTERIOR.

Fecha/Firma del Paciente



Consentimiento de Mensaje Telefónico

El médico(s) y miembros del personal, a veces, tienen la necesidad de ponerse en contacto con el paciente. Al menos que tengamos permiso escrito, no haremos lo siguiente:

◇Dejar mensajes con otra persona que no sea el paciente o tutor legal.

◇Dejar información en una grabadora de mensajes.

◇Dejar información en el buzón de voz, mensajes, correo electrónico y/o fax.

Por favor lea a continuación y considere cuidadosamente aquella persona a la cual le permitiría tener acceso de su información médica.

Yo _____ doy permiso a Sole Health para dejar mensajes de teléfono, enviar correos electrónicos o fax con respecto a mi atención médica y resultados de laboratorio con la(s) siguientes persona(s). Comprendo plenamente que este consentimiento permanecerá en efecto hasta que sea revocada por escrito.

Mi teléfono celular: (____) _____	_____ Iniciales
Mi contestador automático/correo de voz: (____) _____	_____ Iniciales
Mi oficina/correo de voz del trabajo: (____) _____	_____ Iniciales
Mi dirección de correo electrónico: _____	_____ Iniciales
Mi fax: (____) _____	_____ Iniciales

Mi atención médica puede ser discutida con la(s) siguiente(s) persona(s):

_____	:	_____ (____)- _____	_____ Iniciales
Relación		Nombre de la Persona	Telefono

_____	:	_____ (____)- _____	_____ Iniciales
Relación		Nombre de la Persona	Telefono

Firma del paciente o tutor

AUTORIZACION Y LIBERACIÓN: Para mi conocimiento las preguntas de esta forma se han respondido con precisión. Entiendo que el hecho de proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Que es mi responsabilidad informar a la oficina del médico de cualquier cambio en mi estado de salud. Yo también autorizo al personal para realizar los servicios necesarios que podría necesitar.

Firma: _____ Fecha: _____

