

**CÁNCER DE PIEL SUDOESTE Y CLINICA DE LA VENA**  
 Stephen D. Houston, M.D. ● Michael S. Graves, M.D. ● Connie Sterritt, PA-C  
**HOJA de INFORMACIÓN PARA el PACIENTE**

INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE				
Nombre:	_____	_____	_____	_____
	Primer Nombre	Medio	Último Nombre	Prefieren Ser Llamados
Dirección:	_____		Apto.# _____	Cuidad: _____ St: _____ Zip: _____
Fecha de Nacimiento	____/____/____		Género:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	MM	DD	AAAA	
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Se Casó Con <input type="checkbox"/> Viuda		Seguridad Social # (Unicamente Para Pacientes con Medicare)	____/____/____
Preferido el Método de contacto:	<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Correo			
Teléfono:	_____ <input type="checkbox"/> Inicio <input type="checkbox"/> Celular	Teléfono Secundario:	_____ <input type="checkbox"/> Inicio <input type="checkbox"/> Celular	
Dirección de Correo Electrónico del Paciente:	_____		Ocupación del Paciente:	_____
Autorizas a Comunicación por Correo Electrónico Para:	<input type="checkbox"/> Recordatorios de Citas <input type="checkbox"/> Descuentos, ofertas especiales, eventos			

Estamos Obligados Por Medicare Para Solicitar Esta Información:				
Raza (círculo uno):	Blanco	Negro	Latino	Otros: _____ Descenso a Especificar
Origen Étnico (círculo uno):	Hispano/Latino	No Hispano/Latino	Descenso a Especificar	

Información de Seguros (Para Seguros de Participar)
Por favor proporcione su tarjeta de seguro para poder copiar.

Refiere el DOCTOR: _____	Médico de Primaria : _____
--------------------------	----------------------------

CONTACTO de EMERGENCIA	
Nombre: _____	Relación: _____
Teléfono: _____	Teléfono Secundario: _____

Cómo se Enteró Acerca de Nosotros? (Marque Uno)

- Médico   
  Seguros   
  Familia/Amigo   
  Internet   
  Periódico

Fecha: \_\_\_\_\_