PANCARE OF FLORIDA, INC.

SPORTS PHYSICAL INTAKE FORM - SPANISH

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido | **Primer nombre** | **Inicial segundo nombre**

Número de Seguro Social | **Fecha de nacimiento** | **Servicio Militar de EE. UU. (☑ uno):** ☐ Ninguno ☐ En servicio actual ☐ Dado de baja

Dirección | **Ciudad** | **Estado** | **Código postal** | **Condado**

Teléfono de la casa ( )	**Teléfono del trabajo** ( )	**Teléfono celular** ( )	**Correo electrónica**

Genero (☑ uno): ☐ Femenino ☐ Masculino	**Idioma primario hablado:** ☐ Inglés Limitado	**Relación del paciente con la persona responsable (☑ uno)** ☐ Paciente ☐ Cónyuge ☐ Hijo natural ☐ Padre ☐ Hijo de crianza ☐ Padre de crianza

Raza (☑ uno): ☐ Indígena americano/nativo de Alaska ☐ Indio Asiático ☐ Otro Asiático ☐ Afroamericano ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guameño o Chamorro ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Nativo Hawaiano ☐ Otro Isleño del Pacífico ☐ Samoano ☐ Vietnamita ☐ Blanco ☐ Más de una raza ☐ Elige No Revelar

Etnicidad (☑ uno): ☐ Chicano(a) ☐ Cubano ☐ Hispano ☐ Latino/Latina ☐ Español ☐ Mexicano ☐ Mexicano Americano ☐ Puertorriqueño ☐ No Hispano/Latino/Latina/Español ☐ Más de una Etnicidad ☐ Elige No Revelar

¿Es usted un trabajador migrante o miembro de la familia de un trabajador migrante? ☐ Sí ☐ No

Cuanto es su ingreso anual? ☐ $0-$15,060 ☐ $15,061-$18,825 ☐ $18,826-$22,590 ☐ $22,591-$26,355 ☐ $26,356-$30,120 ☐ $30,121 & UP **Cuantas personas (incluyendo usted) se mantienen de sus ingresos?**

Contacto en caso de emergencia	**Teléfono** ( )	**Relación con el paciente**

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (persona *FINANCIERAMENTE* responsable de su cuenta)

Apellido | **Primer nombre** | **Inicial segundo nombre**

Dirección de la calle | **Ciudad** | **Estado** | **Código postal** | **Condado**

Teléfono de la casa ( )	**Teléfono del trabajo** ( )	**Teléfono celular** ( )	**Fecha de nacimiento**	**Número de Seguro Social**

COMPAÑÍA DE SEGUROS – *INCLUYENDO MEDICAID*

Seguro primario | **Núm. de ID** | **Núm. de grupo** | **Dirección de la compañía de seguros**

Nombre del asegurado | **Fecha de nacimiento** | **Empleador del asegurado**

Relación con la persona responsable: ☐ Paciente ☐ Cónyuge ☐ Hijo natural ☐ Padrastro ☐ Hijo de crianza ☐ Padre de crianza

Cesión y divulgación: Autorizo que mis beneficios de seguros se paguen directamente a PanCare Health. También autorizo a PanCare Health a revelar cualquier información que se requiera para procesar esta reclamación.

Firma del Padre/la Madre o del Tutor:_____ Fecha:_____

Consentimiento para tratamiento médico

Por este medio autorizo a PanCare of Florida, Inc., sus instalaciones o centros de tratamiento, sus médicos proveedores y personal médico a administrar los exámenes y tratamientos que se consideren médicamente necesarios.

Firma del Padre/la Madre o del Tutor:_____ Fecha:_____