

# Programa de Pérdida de Peso

## Formulario de Información del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Estado Civil: Soltero(a) Casado(a)  
Buido(a) Divorciado(a)  
Sexo: Hombre o Mujer  
Número de Teléfono #: \_\_\_\_\_ Número de Cel. #: \_\_\_\_\_

Está bien dejar un mensaje telefónico en los números declarados aquí.

S.S. #: \_\_\_\_\_

Correo Eletronico: \_\_\_\_\_

Empresario/Patrón: \_\_\_\_\_ Numero de Trabajo #: \_\_\_\_\_

Dirección de Empresa: \_\_\_\_\_

Está bien dejar un mensaje telefónico en el trabajo.

Nombre de Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de tú Medico Primario #: \_\_\_\_\_

### Información de tu Contacto de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Numero de Cel. # \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA REVELAR SU INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

Yo he leído el contenido del *Consentimiento para Pacientes y el Revelar de Información de Salud Protegida*. Entiendo los términos incluidos en este documento.

## Política Financiera

Gracias por elegir a *Family Medicine Associates of Lincoln County, PLLC* por sus necesidades de pérdida de peso. Es un gran honor poder ser de servicio a usted. Queremos informarte de nuestra política financiera. Por favor tome en cuenta que todo pago se tomara después de que los servicios son dados. Por su conveniencia, aceptamos todo tipo de tarjeta de crédito (MasterCard, Visa, Discover), tarjetas de debito, efectivo y cuentas de gasto flex. No tenemos la capacidad de aceptar cheques personales o seguro medico.

**Yo acepta toda responsabilidad por los cargos relacionadas con el Programa de Sobre Peso.**

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_

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