



ST. PAUL MEDICAL CENTER OF THE S. BAY

BANG VU PHAM, M.D.

Diplomate, American Board of Internal Medicine

BA N. TRAN, M.D.

Diplomate, American Board of Pediatrics

DAT Q. NGUYEN, M.D.

Eligible, American Board of Internal Medicine

12923 Inglewood Ave., Ste. 1 * Hawthorne, CA 90250 * Phone: (310) 675-0395 Fax: (310) 675-0917

INFORMACION DEL PACIENTE

Paciente: _____
Apellido Nombre

Sexo: M F

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Seguro Social # ____ - ____ - ____

Telefono de Casa: (____) _____ Celular: (____) _____ Correo Electronico _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo _____
Empleado por _____ Ocupacion _____ Telefono (____) _____
Direccion de Empleo _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo _____

INFORMACION DE PERSONA RESPONSIBLE (Si el paciente es la persona responsable, pase a la INFORMACION DE ESPOSO O ESPOSA)

Nombre : _____ Mismo/a Espos/a Niño/a Otro/a: _____
Apellido Nombre

Telefono de Casa: (____) _____ Celular: (____) _____ Correo Electronico _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo _____
Empleado por _____ Ocupacion _____ Telefono (____) _____
Direccion de Empleo _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo _____

INFORMACION DE ESPOSO O ESPOSA

Nombre: _____ Seguro Social # ____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Apellido Nombre

Telefono de Casa: (____) _____ Celular: (____) _____ Correo Electronico _____
Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo _____
Empleado por _____ Ocupacion _____ Telefono (____) _____
Direccion de Empleo _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo _____

INFORMACION DE ASEGURANZA

	Primera	Segunda	Otra
Nombre de Seguro			
Numero de Grupo o Certificado			
Nombre de Asegurado			

A quien se le puede contactar en caso de EMERGENCIA? _____ Telefono: _____

AUTHORIZACION

Queda acordado que los doctores de ST. PAUL MEDICAL CENTER sera el medico de cabecera y administrara cualquier examinacion, tratamiento o medicina que el crea indicada para mi enfermedad.

Queda acordado que ST. PAUL MEDICAL CENTER puede dar informacion a la aseguranza acerca de mi enfermedad y autorizo que los pagos de la aseguranza sean pagados directamente a ST. PAUL MEDICAL CENTER. Yo acepto la responsabilidad de pagar cualquier balance que no cubra la aseguranza.

Language Hablado: _____
 Necesito servicio de interprete
 No necesito servicio de interprete
 Prefiero usar a un amigo/ familiar como interprete

Advance Directive Y N
Copy in Record Y N
Information Given Y N

Firma del Paciente (o guardian si es menor)

Fecha

/PatientinfoSpanish Rev. 5-10