

Estimada paciente, estimado paciente:

Para poder atenderle médicaamente, necesitamos algunos datos personales.

Le rogamos que complete el siguiente formulario. Muchas gracias por su colaboración.

Datos personales

Apellido	Nombre
Sexo	Fecha de nacimiento
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro	
Dirección (domicilio): Calle	NPA, Localidad
Móvil	Teléfono privado
E-mail	Teléfono profesional
Profesión	Empleador / Nombre de la empresa

Seguro médico

Caja de seguro médico	Seguro complementario
	<input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Semiprivado <input type="checkbox"/> Privado
Número de tarjeta del seguro	

Médico de cabecera / Médico tratante

Apellido, Nombre	<input type="checkbox"/> No tengo médico de cabecera
Dirección del médico tratante	
Ha sido derivado/a por	

Contactos de emergencia

1er contacto

Apellido, Nombre

2º contacto

Apellido, Nombre

Dirección

Dirección

Teléfono

Teléfono

Relación (pareja, cónyuge, etc.)

Información

→ Autorizo a mi médico a solicitar el acceso a mi historial médico y a transmitir los resultados médicos al médico responsable del seguimiento.

→ Válido para todas las cajas de seguro médico:

Los costes de medicamentos o materiales que no estén cubiertos o que solo estén cubiertos parcialmente por el seguro médico serán facturados directamente al/la paciente y deberán ser abonados por cuenta propia. Esto afecta especialmente a los/las pacientes asegurados/as en Concordia y Atupri en el caso de exploraciones que requieran un uso intensivo de materiales.

Mediante la firma a continuación, el/la paciente confirma que los datos indicados son completos y veraces y declara haber tomado conocimiento de las disposiciones relativas a los costes.

En el caso de pacientes menores de edad, un progenitor o el/la representante legal confirma mediante su firma la exactitud de los datos y la toma de conocimiento.

Fecha

Firma