

Estimada paciente, estimado paciente:

Para poder atenderle médicamente, necesitamos algunos datos personales.

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

Datos personales

Apellido

Nombre

Sexo

Fecha de nacimiento

☐ Hombre ☐ Mujer ☐ 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

☐ General ☐ Semiprivado ☐ Privado

Número de tarjeta del seguro

Médico de cabecera / Médico tratante

Apellido, Nombre

☐ No tengo médico de cabecera

Dirección del médico tratante

Ha sido derivado/a por

Le rogamos que también tenga en cuenta la información que figura en el reverso.

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