

Sólo para el uso de la oficina

Fecha recibido:  
Recibido por:

## SOLICITUD PARA SERVICIOS MÉDICOS

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Calle

Apartamento

Ciudad

Estado

Zona postal

País

Condado en el que reside (sólo pacientes de EU) \_\_\_\_\_ Email Address: \_\_\_\_\_

Teléfono de día: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de noche: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ \* Sexo: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_

\*Si tiene 18 años o mayor, se requiere que envíe una carta junto con su solicitud en la que explique su situación y de que manera renovarían su vida al recibir los servicios de Fresh Start.

El paciente es ciudadano de \_\_\_\_\_ Idioma que habla el paciente y sus padres \_\_\_\_\_

Si no vive en EU ¿Cuenta el paciente y uno de los padres con pasaportes? \_\_\_\_\_ ¿Visas? \_\_\_\_\_ ¿Necesitan Transportación? \_\_\_\_\_

Describe brevemente el tipo de cirugía requerida y por qué razón la necesita: \_\_\_\_\_

El problema es relacionado a: a) Un defecto de nacimiento b) Un accidente o trauma c) Un acto de abuso físico  
d) Un ataque violento (si la víctima es mayor de 21 años, se requiere el reporte policíaco)

¿Tiene algún otro problema de salud? \_\_\_\_\_ ¿Alergias? \_\_\_\_\_

Escribe una lista de todo el medicamento que está tomando en este momento:

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Domicilio del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Calle

Apartamento

Ciudad

Estado

Zona postal

País

Teléfono de día: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de noche: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del padre/tutor (Día/Mes/Año): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_

Nombre del médico del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono del médico: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha recibido el paciente tratamiento médico para este problema?

Sí \_\_\_\_\_ (favor de obtener todo el historial médico y fotografías recientes de frente y de perfil. No \_\_\_\_\_  
Envíe el historial médico y las fotografías con la solicitud).

¿El paciente tiene seguro médico?

Sí \_\_\_\_\_ De que tipo: Inscrito en el seguro del estado \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Seguro privado \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

Si tiene seguro médico por favor adjunte una copia de los dos lados de su tarjeta de citas y una copia de la lista de los servicios que no son cubiertos por su seguro médico.

