

INFORMACION DEL PACIENTE			
Nombre:		Fecha de Nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Seguro Social #:		Teléfono:	Cel.#:
Ciudadano EE.UU.:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Residente Legal:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Preferencia de Idioma:
Dirección:	Apt#	Ciudad:	Estado: C.P.:
Estatura:	Peso:	Nombre del cónyuge:	Teléfono:
Contacto de Emergencia:		Teléfono:	
INFORMACION DE MEDICARE/MEDICAID (Por favor incluye una copia de todas las tarjetas de los seguros)			
Medicare ID #:		Fecha Efectiva:	
Medicaid ID #:		Fecha Efectiva:	
Texas Kidney Health Plan#:		Fecha 1a. diálisis:	
INFORMACION DE ASEGURADORA		SEGUNDA INFORMACION DE ASEGURADORA	
Cía. de Seguros:		Cía. de Seguros:	
Servicio al cliente #:		Servicio al cliente #:	
Poliza # / I.D. #		Poliza # / I.D. #	
Grupo #:		Grupo #:	
Dirección:		Dirección:	
Ciudad:	Estado:	C.P.:	Ciudad:
Fecha Efectiva:		Fecha Efectiva:	
REFERENCIAS DE AGENTES			
Recomendado por el Médico:		Nombre del Grupo:	
Dirección:		Ciudad:	Estado: C.P.:
Teléfono:		Fax #:	
Nombre del Centro de Diálisis:		Teléfono:	
Trabajador Social en el Centro de Diálisis:			
Tipo of Diálisis:	<input type="checkbox"/> No diálisis <input type="checkbox"/> Peritoneal <input type="checkbox"/> Hemodiálisis		
Dias de Diálisis:	<input type="checkbox"/> L/Mi/V <input type="checkbox"/> Mar/J/S	Hora de Diálisis:	
Transplante Previo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si Ha Recibido ¿Dónde?	Fecha:
<p>Yo solicito que el Centro de Transplantes Medical City en Dallas comience el proceso de aclaración financiera y la evaluación del transplante por mí. Yo entiendo que mis compañías aseguradoras serán contactadas en orden de comenzar con el proceso del transplante. Yo autorizo a mis médicos para liberar mis registros médicos al Centro de Transplantes Medical City. Yo autorizo al Centro de Transplantes Medical City para liberar cualquier información médica relacionada con mi diagnóstico y/o tratamiento, incluyendo pero no limitado a, información concerniente a enfermedades contagiosas tal como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), resultados de pruebas de laboratorio, historial médico, tratamiento, o cualquier otra información relacionada a: 1) Medicare; 2) Medicaid; 3) Mi compañía aseguradora o a sus representantes designados; 4) Cualquier persona(s) o entidades financieramente responsables por mis cuidados ó tratamientos. La duración de ésta autorización es indefinida. Yo entiendo que ésta información puede ser requerida para ser compartida en orden de obtener pago por mis gastos médicos incurridos en el Centro de Transplantes Medical City. Yo además autorizo liberar ésta información a proveedores de cuidados de la salud asociados con mis cuidados fuera del Centro de Transplantes Medical City.</p>			
Firma del Paciente: _____		Firma del Testigo: _____	
Nombre Escrito: _____ Fecha: _____		Nombre Escrito : _____ Fecha: _____	

DOCUMENTOS REQUERIDOS (Por favor incluya una copia de los siguientes documentos requeridos)

- Copia del frente y reverso de todas las tarjetas de los Seguros.
- Copia de su Tarjeta de Seguro Social.
- Copia de su Identificación de Texas o Licencia de Conducir (Si disponible)
- Copia de su Tarjeta de Residencia Legal (Si aplicable)

FAXEE FORMA DE REFERENCIA AL: 972.566.4872

Envíe por Correo la aplicación completa a:
Medical City
Transplant Services
7777 Forest Lane, Bldg. C-750
Dallas, Texas 75230
1-800-348-4218