

- 1 University of Kentucky A.B. Chandler Hospital
- 1 UK HealthCare Good Samaritan Hospital
- 1 UK HealthCare Ambulatory Services
- 1 UK Dental and Oral Health Clinics

## SPORTS REHABILITATION NEW PATIENT INSURANCE QUESTIONNAIRE

**\*\*Rehabilitación Deportiva se considera un SERVICIO HOSPITALARIO y será cobrado a través del HOSPITAL de la UNIVERSITY OF KENTUCKY\*\***

**Aunque sea un SERVICIO AMBULATORIO, puede ser sujeto a su co-pago y/o deducible, y co-seguro médico.**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo): \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono (casa): \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
# de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mes-día-año): \_\_\_\_\_  
Apellido de soltera de la madre: \_\_\_\_\_ Primer nombre del padre: \_\_\_\_\_  
Primer idioma: inglés u otro: \_\_\_\_\_  
¿Tiene alguna creencia o práctica religiosa o cultural que pueda afectar la atención que proporcionamos? \_\_\_\_\_

Nombre del esposo(a)/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento de él/ella(mes-día-año): \_\_\_\_\_  
Empleador del cónyuge/tutor, dirección, y número telefónico: \_\_\_\_\_  
Situación laboral del cónyuge/tutor (medio o tiempo completo): \_\_\_\_\_

El nombre completo de su empleador y dirección: \_\_\_\_\_  
Su título/situación laboral (medio o tiempo completo): \_\_\_\_\_  
Si está jubilado, fecha de jubilación: \_\_\_\_\_  
Actualmente, ¿recibe beneficios de seguro social? **Sí  o No**   
En caso afirmativo, ¿cuál es la razón? **Edad  Incapacidad  Otra: \_\_\_\_\_**

<b>Pariente más cercano:</b>	<b>En caso de emergencia contactar a:</b>
Nombre: _____	Nombre: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código postal: _____	Ciudad/Estado/Código postal: _____
Teléfono (casa): _____ Teléfono (celular): _____	Teléfono (casa): _____ Teléfono (celular): _____
Parentesco al paciente: _____	Parentesco al paciente: _____

Nombre del médico y clínica referente: \_\_\_\_\_  
¿Ha tenido cirugía pertinente a esta lesión o enfermedad? **Sí  o No**  En caso afirmativo, ¿cuál procedimiento tuvo? \_\_\_\_\_

¿Surgió esta cita por razones de una **LESIÓN  o ACCIDENTE** ? En caso afirmativo, ¿cómo se lastimó? **(Especifique)** \_\_\_\_\_

Fecha y hora: \_\_\_\_\_ Estado donde sucedió: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

¿Cuál parte(s) del cuerpo fue(ron) lastimada(s)? \_\_\_\_\_

¿Tiene un tercer seguro médico? **Sí  o No**  (Ejemplos: auto, hogar, escuela, trabajo)  
En caso afirmativo, por favor escriba el nombre, dirección, número telefónico, y número de reclamo: \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro médico? **Sí  o No**  En caso afirmativo, complete la siguiente información del titular.  
Nombre de la compañía del seguro médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Nombre del titular: \_\_\_\_\_ Parentesco al paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del titular: \_\_\_\_\_ # de seguro social del titular: \_\_\_\_\_  
# de identificación: \_\_\_\_\_ # de grupo: \_\_\_\_\_

Fecha de valor: \_\_\_\_\_  
Médico de cabecera (Es mandatorio que los pacientes quienes tienen TRICARE Prime sean referidos por su médico de cabecera)  
Nombre del médico de cabecera: \_\_\_\_\_ Número telefónico del médico de cabecera: \_\_\_\_\_