



DelMed Health
 431 Savannah Rd. 1st Floor
 Lewes, DE 19958
 Phone: (302) 644-9080 Fax: (302) 644-9088

Por Favor Imprima y Llene Toda La Información

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____
 Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ E-Mail: _____
 Dirección Postal: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Número de Teléfono Principal: _____ Número de Teléfono Secundario: _____
 Empleador: _____ Número de Teléfono del Empleador: _____
 Farmacia Preferida: _____ Ciudad: _____ Número de Teléfono: _____
 Contacto de Emergencia: _____ Número de Teléfono: _____
 Lenguaje Preferido: _____ Médico Primario: _____

Etnicidad: Hispano / Latino No Hispano / Latino Me Abstengo de Declarar
 Raza: Blanco Indio Americano Asiatico Afroamericano Hispano Nativo de Hawai Otro
 Estado Marital: Soltera Casada Divorciada Viuda Separada Pareja

Seguro Primario: _____ Co-Pago: _____
 Nombre del Subscriptor: _____ Relación: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Seguro Social: _____ Numero de ID: _____ Numero de Grupo: _____
 Seguro Secundario: _____ Co-Pago: _____
 Nombre del Subscriptor: _____ Relación: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Seguro Social: _____ Numero de ID: _____ Numero de Grupo: _____

Yo doy mi permiso para que las siguientes personas puedan obtener copias o acceso a mi Información de Salud Protegida.

Padre / Tutor Legal: _____ Número de Teléfono: _____
 Cónyuge / Pareja: _____ Número de Teléfono: _____
 Otro: _____ Número de Teléfono: _____
 Médico Primario: _____ Número de Teléfono: _____

Si cualquier otro proveedor médico contacta DelMed Health concerniente a mi cuidado médico yo doy mi autorización para que DelMed Health pueda discutir y o liberar cualquier y todos los registros médicos que beneficiarían el cuidado de mi salud.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____
 Padre Responsable/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

