

Información Personal:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Apellido Nombres

Dirección: Calle _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Teléfono de la Casa: () _____ Teléfono del Trabajo: () _____

Teléfono Móvil () _____ Correo Electrónico: _____ Genero: ___M ___F

Numero de Pasaporte: _____ Fecha de Vencimiento: _____

Información sobre Empleo y Seguro:

Empresa: _____ Ocupacion: _____

Lista de Certificaciones / Especialidades Médicas _____

Dirección de la Empresa _____ Teléfono: () _____

Compañía de Seguro Médico: _____ Teléfono: () _____

Dirección de la Compañía de Seguro Médico: _____

Nombre del titular de la póliza _____ Numero de Póliza: _____

Médico de Atención Primaria: _____ Teléfono: () _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Relación con usted: _____

Teléfono: () _____ Teléfono Móvil: () _____

Suplente: Nombre: _____ Teléfono: () _____

Historial Medico

LISTA DE ALERGIAS CONOCIDAS: (MEDICINAS, ETC.)

LISTA DE PROBLEMAS MÉDICOS SIGNIFICATIVOS

MEDICAMENTOS TOMADOS REGULARMENTE

| MEDICAMENTO | DOSIS | FRECUENCIA |
|-------------|-------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | | |
|-----------------------------|--------------|--------------------------------|
| MEDICO DE ATENCION PRIMARIA | ESPECIALIDAD | NUMERO DE TELEFONO DEL TRABAJO |
|-----------------------------|--------------|--------------------------------|

| | | | |
|-----------|--------|--------|---------------|
| DIRECCION | CIUDAD | ESTADO | CODIGO POSTAL |
|-----------|--------|--------|---------------|

POR FAVOR INCLUYA LO SIGUIENTE:

- Una **copia notariada** de su curriculum vitae (c.v.) (PROFESIONALES MÉDICOS SOLAMENTE si no lo tenemos en el archivo)
- Una **copia notariada** de su certificación de medico y/o especialidad y diploma.
- Una fotocopia de su pasaporte mostrando su foto y número de pasaporte
- Una **copia notariada** de su licencia profesional vigente (RN, MD,DO, DDS etc.)

Después de completar este formulario, escanee y envíe por correo electrónico a: info@hopeclinicinternational.org o envíe por correo a:

Hope Clinic International
PO Box 980573
Ypsilanti, MI 48198

 FIRMA FECHA