

**The University of Chicago Medicine**  
**Programas Internacionales**  
Formulario de registro (ADULTO)

**SERVICIO SOLICITADO**

¿Para quién solicita este servicio?

Usted  Miembro de la familia  Otros, especifique \_\_\_\_\_

Cita médica en el establecimiento  Tratamiento continuo  Otros, especifique \_\_\_\_\_

Consulta quirúrgica en persona  Segunda opinión remota

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

1. APELLIDO :

2. NOMBRE:

3. APELLIDO DEL TUTOR (en caso que el paciente sea menor):

4. SEXO: M  F

5. ESTADO CIVIL: CASADO(A)  SOLTERO(A)

6. FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA):

7. LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS):

8. ¿NECESITARÁ UNA VISA PARA INGRESAR A LOS ESTADOS UNIDOS? Si  No

9. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA PERMANENTE:

Dirección:

Ciudad:

País:

Código postal:

10. NÚMEROS DE TELÉFONO (indicar el código del país y el código de área):

Casa:

Teléfono celular:

Correo electrónico:

Teléfono en EE. UU. (si corresponde):

**COBERTURA FINANCIERA**

11. TIPO DE PAGO:

DINERO EN EFECTIVO O TARJETA DE CRÉDITO  SEGURO  OTRO  especifique \_\_\_\_\_

**SI TIENE SEGURO DE SALUD ENVÍE UNA COPIA DEL FRENT Y DORSO DE SU TARJETA O PÓLIZA**

**INFORMACIÓN MÉDICA**

12. DIAGNÓSTICO O ENFERMEDAD QUE DESEE TRATAR:

13. FECHA DEL DIAGNÓSTICO (MM/AAAA):

14. MOTIVO DE LA VISITA (para cirugía, para evitar la cirugía, otro): \_\_\_\_\_

15. MÉDICO QUE PREFERE QUE LO ATIENDA EN ESTE HOSPITAL (si corresponde):

16. FECHA PREFERIDA PARA LA PRIMERA CITA (MM/DD/AAAA):

17. ¿POR CUÁNTO TIEMPO PERMANECERÁ EN CHICAGO?

MENOS DE 1 SEMANA  2 SEMANAS  3 SEMANAS  MÁS DE 30 DÍAS  OTRO \_\_\_\_\_

**NOTA:** Al enviar este formulario de registro del programa, usted reconoce que University of Chicago Organized Health Care Arrangement puede usar y compartir información limitada sobre usted para los fines establecidos en el Aviso de Prácticas de Privacidad (el "Aviso") disponible en [www.uchospitals.edu/visitor/for-patients/privacy/notice.html](http://www.uchospitals.edu/visitor/for-patients/privacy/notice.html), incluso para contactarlo sobre la programación y administración de su atención o para recaudar dinero para programas y servicios. Puede optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos, como se establece en el Aviso, sin que dicha solicitud afecte su capacidad de obtener tratamiento.