



International and Out-of-Area Referral/Inquiry Form
3020 Children's Way, MC5101 San Diego, CA 92123-4282
Phone: 1-800-788-9029 Outside US: 001-800-788-9029 Fax: 858-966-4957
Email: refsvc@rchsd.org Web: www.rchsd.org

Servicio de Remisión de Pacientes Internacionales y Fuera del Area /Formulario de Consulta

¡Gracias por ponerse en contacto con Rady Children's Hospital-San Diego! A fin de ofrecerle un excelente servicio de atención al cliente, por favor complete el siguiente formulario. Favor anexar a la forma cualquier registro médico actual y enviar la información vía correo electrónico o fax.

Fecha de Hoy (mes/día/año) _____

Información de Contacto:

Su nombre completo: _____

Su relación con el paciente: _____

Su teléfono de contacto: _____

Su correo electrónico: _____

Su lenguaje primario: _____

Brevemente describa su petición: _____

Información del Paciente:

Nombre del paciente (Apellido(s), Nombre(s): _____

Fecha de Nacimiento (mes/día/año): ____/____/____ Sexo el Paciente: Masculino Femenino

Dirección Permanente: _____

Ciudad/Estado/Código Postal /País: _____

Dirección Temporal/Local: _____

Presunto Diagnóstico del Paciente: _____



Información de Familia:

Madre:

Nombre: Fecha de nacimiento (mes/día/año):

Número de Contacto: Correo Electrónico:

Dirección Permanente:

Ciudad/Estado/Código Postal /País:

Dirección Temporal/Local:

Empleador: Ocupación:

Dirección de Empleador:

Padre:

Nombre Fecha de nacimiento (mes/día/año):

Número de Contacto: Correo Electrónico:

Dirección Permanente:

Ciudad/Estado/Código Postal /País:

Dirección Temporal/Local:

Empleador: Ocupación:

Dirección de Empleador:

Información Clínica:

Médico de Referencia o Hospital de Referencia:

Nombre del Hospital Dirección:

Nombre del Doctor:

Número de Contacto del Doctor: Correo Electrónico:

Por favor proporcione una copia de historia clínica y examen físico actual, exámenes de laboratorio recientes, reportes patológicos, reportes y películas radiológicas.



Información de Pago:

Seleccione la casilla adecuada: Auto-Pago Patrocinado por el gobierno Asegurado Otro

Si está asegurado, Nombre del Seguro Médico: _____

Teléfono del Seguro Médico: _____

Número de Identificación del Asegurado: _____ Número de Grupo: _____

Nombre del Subscriptor: _____ Fecha de Nacimiento (mes/día/año): ____/____/____

Si Patrocinado por el Gobierno, Nombre de la Agencia Gubernamental: _____

Teléfono de la Agencia Gubernamental: _____

Si marcó Otro, Favor Describir: _____

Información de Viaje

¿Cuándo piensa usted viajar para recibir servicios médicos en Rady Children's Hospital San Diego? _____

¿Como supo de nosotros?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médico Referente | <input type="checkbox"/> Motor de Búsqueda de Internet |
| <input type="checkbox"/> Amigo o Miembro Familiar | <input type="checkbox"/> Sitio Web Rady Children's Hospital San Diego |
| <input type="checkbox"/> Empleador | <input type="checkbox"/> Compañía de Seguros |
| <input type="checkbox"/> Medios de Noticias/Televisión | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

ES IMPORTANTE QUE COMPLETE ESTE FORMULARIO DE CONSULTA/REFERENCIA

Favor tener en cuenta:

- **Una vez que se completa el formulario de solicitud y los registros médicos son recibidos, uno de nuestros doctores revisará los documentos para determinar si el paciente es el adecuado para los servicios en el Rady Children's Hospital-San Diego.**
- **Por favor note, antes de cualquier cita, se requerirá autorización financiera. Requerimos el pago total y/o pago de la cantidad estimada, antes/al momento de recibir los servicios.**