

Date received: ____/____/____

PATIENT INFORMATION

Name (Mr./Mrs. first-middle-last, Jr./Sr.): _____

Language: _____ Race: _____ Ethnicity: _____ Gender: M F

Legal Sex: Male Female Unknown
 Sex Assigned at Birth: Male Female Unknown
 Gender Identity: Male Female Transgender female or male to female Transgender male or female to male
 Genderqueer or neither exclusively male or female Other or additional gender
 Choose not to disclose or decline to answer
 Sexual Orientation: Lesbian, gay or homosexual Straight or heterosexual Bisexual Other or something else
 Do not know Choose not to disclose or decline to answer

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Phone #: (____) _____ DOB: _____ Age: _____ SSN: _____

REASON FOR REFERRAL: _____ **DIAGNOSIS:** _____

Referring MD: _____ Specialty: _____

Phone #: (____) _____ FAX #: (____) _____ Contact person: _____

PCP: _____ Address: _____

Phone #: (____) _____ FAX #: (____) _____

INSURANCE INFORMATION: If patient has HMO plan, they must provide copy of referral authorization prior to first appointment.

Insurance Co: _____ Policy #: _____

AUTH REQ: _____

NEW PATIENT PACKET: Mailed E-mailed: _____ Faxed: _____
 Patient pick-up Date sent: _____ Date received: _____

Reviewing RN: _____ Accepting MD: _____

Chart complete: _____ Date: _____

FOR OFFICE USE ONLY

MR #: _____ Referral #: _____

Comments: _____



Cardiology Referral Form

Fecha recibido: ____/____/____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE (Sr/Sra Nombre, medio, apellido, Jr./Sr.): _____

Idioma: _____ Raza: _____ Etnicidad: _____ Género: M F

Sexo legal: Hombre Mujer Desconocido
 Sexo asignado al nacer: Hombre Mujer Desconocido
 Identidad de género: Hombre Mujer Transgénero mujer o hombre a mujer Transgénero hombre o mujer a hombre
 Cuirgénero: no binario o no exclusivamente masculino o femenino Otro o sexo adicional
 Prefiero no revelar o declino contestar
 Orientación sexual: Lesbiana, gay o homosexual Heterosexual Bisexual Otro o algo distinto
 No sé Prefiero no revelar o declino contestar

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Teléfono #: (____) _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: ____ SSN: _____

MOTIVO PARA LA REMISIÓN: _____ **DIAGNOSIS:** _____

Médico remitente: _____ Especialidad: _____

Teléfono #: (____) _____ FAX #: (____) _____ Contacto: _____

Médico primario: _____ Dirección: _____

Teléfono #: (____) _____ FAX #: (____) _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO: Si el paciente tiene un plan HMO, necesita presentar autorización antes de la cita.

Compañía de seguros: _____ Póliza #: _____

AUTORIZACIÓN REQUERIDA: _____

PAQUETE DE PACIENTE NUEVO: Por correo Correo electrónico: _____ Por fax: _____
 Paciente lo recoge Fecha enviado: _____ Fecha recibido: _____

Enfermera que revisa: _____ Médico que acepta: _____

Historia médica completa: _____ Fecha: _____

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

MR #: _____ Remisión #: _____

Comentarios: _____



Formulario de remisión a cardiología