

Información para el Registro del Paciente

Datos demográficos del paciente - Por favor llene la información a continuación sobre el paciente que será atendido el día de hoy.

Nombre del paciente:	Dirección:
Fecha de nacimiento:	Ciudad, Estado:
Número de seguro social:	Código Postal, País:
Hombre Mujer Estado civil: C S V D	Número de teléfono de casa: Celular:
Idioma: inglés / español / otro	Correo electrónico:
¿De origen hispano? Sí / No Raza:	Empleador:
Parentesco con la persona responsable de los pagos:	Dirección:
Persona responsable de los pagos:	Ciudad, Estado:
Alias del paciente: <small>Por favor liste todos los nombres que el paciente ha tenido (pasado/presente)</small>	Código Postal, País:
¿Cómo supo de nosotros?	Numero de teléfono:
¿En que idioma prefiere discutir su atención médica?	Fecha de jubilación:

Información del Subscriptor/Persona responsable de los pagos - Por favor llene la información a continuación sobre la persona responsable de los pagos.

Nombre: Parentesco con el paciente: ¿Es el mismo que el paciente? <input type="checkbox"/>	Empleador:
Dirección:	Dirección:
Ciudad, Estado:	Ciudad, Estado:
Código Postal, País:	Código Postal, País:
Número de teléfono de casa: Celular:	Número de teléfono del trabajo:
Número de seguro social: Fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer

Contactos en caso de emergencia - Por favor proporcione la información de la(s) persona(s) a contactar en caso de emergencia.

Nombre: Parentesco:	Nombre: Parentesco:
Teléfono de casa: Celular:	Teléfono de casa: Celular:
Trabajo:	Trabajo:

Información de Seguro Médico - Por favor llene la información a continuación sobre el seguro medico que desea utilizar el día de hoy.

¿Se lastimó en el trabajo? Marque aquí

Seguro -1	Seguro - 2
Número de Póliza/Identificación	Número de Póliza/Identificación
Nombre del Subscriptor/parentesco con el paciente:	Nombre del Subscriptor/parentesco con el paciente:

Por favor proporcione una identificación con foto y su tarjeta de seguro medico al personal de registro cuando devuelva este formulario. ¡Gracias!