

Formulario del Registro del Paciente

(Por favor escriba)

☐ Dr. ☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta.

Nombre del Paciente (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Inicial) _____ Nombre previo _____

Dirección _____

Ciudad, Estado _____ Código Postal _____ Farmacia _____ Número de Farmacia _____

Número de Teléfono _____ Número Móvil. _____ Número de Trabajo _____ Ext. _____

Proveedor Primario (PCP) _____ Proveedor que lo Recomienda _____

Nombre del proveedor de la prestación (esta práctica) _____ Correo Electrónico: _____

Fecha de Nacimiento Mes ____/Día ____/Año ____ Sexo ☐ F – Femenino ☐ M – Masculino ☐ TransgéneroRaza ☐ indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ Negro o afro-Americanos☐ Blanco ☐ DeclinóOrigen Étnico ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino ☐ DeclinóLenguaje ☐ Inglés ☐ Otro ☐ Español ☐ DeclinóEstado Civil ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Separado(a) Legalmente ☐ Otro

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ Nombre del Empleador _____

Situación laboral ☐ 1 - Tiempo completo ☐ 2 -Tiempo parcial ☐ 3 - Sin empleo ☐ 4 - Cuenta propia ☐ 5 - Jubilado ☐ 6 - Militar ActivoEstudiante ☐ F- Estudiante de tiempo completo ☐ P - Estudiante de tiempo parcial ☐ N – No es un estudiante

Contacto de Emergencia Apellido _____ Nombre _____

Número de Teléfono _____ ¿Tiene usted un testamento en vida? ☐ Si ☐ NoParentesco del contacto de emergencia al paciente _____ ☐ Guardián

Dirección _____

Ciudad, Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono _____ Numero de Trabajo _____ Ext. _____

Nombre del Proveedor que lo Recomienda _____

INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA RESPONSABLE

(información se utilizara para las declaraciones de balance del paciente)

Persona Responsable ☐ Otro Paciente ☐ Garante ☐ YoMarque aquí si la información es igual a del paciente ☐

Nombre de la Persona Responsable (Apellido) _____ (Nombre) _____ Inicial) _____

Número de cuenta del garante _____ Fecha de Nacimiento Mes ____/Día ____/Año ____

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ Teléfono _____

Correo Electrónico _____ Sexo ☐ F – Femenino ☐ M - Masculino

Dirección _____

Ciudad, Estado _____ Código Postal _____

Empleador _____ Numero de Trabajo _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO

(proporcionar su tarjeta de seguro medico al momento de anunciarse)

Compañía Aseguradora / Número de teléfono _____ (_____) _____

Nombre del Asegurado(a) _____ Relación del paciente con el asegurado _____

Numero ID (número de póliza) _____ Numero ID del Grupo _____ Cantidad de co-pago _____

Fecha de vigencia _____ Fecha de vencimiento _____ Fecha de Nacimiento Mes ____/Día ____/Año ____

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIA

(proporcionar su tarjeta de seguro médico al momento de anunciarse)

Compañía Aseguradora/ Número de teléfono _____ (_____) _____

Nombre del Asegurado(a) _____ Relación del paciente con el asegurado _____

Numero ID (número de póliza) _____ Numero ID del Grupo _____ Cantidad de co-pago _____

Fecha de vigencia _____ Fecha de vencimiento _____ Fecha de Nacimiento Mes ____/Día ____Año ____

De acuerdo a mi mejor conocimiento, la información proporcionada en este formulario es correcta y esta actualizada.

Paciente (o Responsable) Firma _____ **Fecha** _____