



Formulario de Registración de Paciente

No. de Cuenta	Fecha Entrado
Reg. Por	Sitio de Oficina
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio Cambio de Información:	

Por favor complete esta forma para asegurar facturación apropiada por sus servicios. **Favor de Imprimir.** Fecha de Hoy: _____

Información de Paciente

Apellido de Paciente: _____

Nombre: _____ MN: _____

Otro Nombre: _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Viudo/a
 Separado/a Divorciado/a Otro

Dirección 1: _____

Dirección 2: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Método preferido para contactar: Teléfono Alternativo
 Correo Electrónico Carta Llamada (Celular) Llamada (Casa)

de Lic. de Manejar _____ Estado _____

Estado de Empleado: Empleado Tiempo Completo
 Empleado Tiempo Medio Desempleado Discapacitado
 Ama de Casa Estudiante Militar Activo
 Empleado Si Mismo Otro _____

Lenguaje: Ingles Español Otro _____

No. de Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F

Etnicidad: (por favor elija uno de los siguientes):
 Indígena Americano o Nativo de Alaska
 Negro o Africano Americano Nativo de Hawaiana/Isleño Pacifico
 Blanco Asiático Paciente se negó

Étnica: Hispano o Latino No Hispano o Latino
 Paciente se negó

Teléfono de Casa: (_____) _____

Teléfono Alternativo: (_____) _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono Celular: (_____) _____

Empleador: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono de Trabajo: (_____) _____

Información de Aseguranza (Una forma separada es requerida para compensación al trabajador, responsabilidad automovilística, o servicio legal.)

PORTADOR PRIMARIO: _____

Dirección: _____

Grupo/Plan #: _____ Fecha Efectiva: _____

Suscriptor Fecha de Nacimiento: _____ NSS: _____ Sexo: M F

Empleador de Suscriptor: _____

PORTADOR SECUNDARIO: _____

Dirección: _____

Grupo/Plan #: _____ Fecha Efectiva: _____

Suscriptor Fecha de Nacimiento: _____ NSS: _____ Sexo: M F

Empleador de Suscriptor: _____

Medico de Atención Primaria: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

de Teléfono: (_____) _____

Nombre de Farmacia, Dirección & # de Teléfono: _____

de Teléfono: (_____) _____

ID/Cert #: _____

Nombre de Suscriptor: _____

Relación al Paciente: _____

de Teléfono: (_____) _____

ID/Cert #: _____

Nombre de Suscriptor: _____

Relación al Paciente: _____

Médico que Referido (si es diferente): _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

de Teléfono: (_____) _____

Información de Garante

Por favor complete si el garante es alguien más. (Garante es la persona responsable financieramente por la factura del paciente.)

Garante: _____

Relación del Paciente al Garante: _____

Dirección 1: _____

No. de Seguro Social: _____

Dirección 2: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono de Casa: (_____) _____

Empleador: _____

Teléfono Celular: (_____) _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono de Trabajo: (_____) _____

de Licencia de Manejar _____ Estado _____

Correo Electrónico de Garante: _____

Contacto de Emergencia: _____

Relación de Paciente a Contacto de Emergencia: _____

Teléfono de Casa: (_____) _____

Teléfono Alternativo: (_____) _____

Teléfono Celular: (_____) _____

¿Como escucho de nuestra practica? Anuncio Folleto Feria de Salud Plan de Salud Internet Correo Masivo

Periódico/Revista Cuidado Continuo Paciente Libro de Teléfono Off. De Medio /ER Pariente Radio TV

De otra Persona Otro