



FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

FECHA:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Apellido		Primer Nombre		Inicial Mediano	
Calle				Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/>	
Ciudad	Estado	Zip	Sexo Macho <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/>		
Teléfono de Casa		Teléfono Celular	Correo Electrónico		
Fecha de Nacimiento		Seguro Social			
Empleador		Occupacion		Teléfono de Trabajo	
Raza <input type="checkbox"/> Norteamericano Indio o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u Otro Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Norteamericano Negro o Africano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Dos o más razas <input type="checkbox"/> Yo No Deseo Revelar					
Etnia <input type="checkbox"/> Hispano o Latinoamericano <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Yo No Deseo Revelar				Idioma Preferido	
¿Cómo se enteró usted de nosotros? <input type="checkbox"/> Pasarnos <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Otro(a) paciente <input type="checkbox"/> Compañía de Seguros <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Referido por Paciente <input type="checkbox"/> Referido por Médico <input type="checkbox"/> Guía <input type="checkbox"/> Sitio Web <input type="checkbox"/> Desconocido					
¿Cual farmacia usa usted frecuentemente?				¿La ciudad?	
¿PERSONA RESPONSIBLE POR SU DEUDA? (ESPOSO(A), PADRES, USTED, EMPLEADOR, ETC)					
Apellido		Primer Nombre		Inicial Mediano	
Calle					
Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/>					
Ciudad	Estado	Zip	Sexo Macho <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/>		
Fecha de Nacimiento		¿Su relación al paciente?			
Empleador		Seguro Social			
INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO					
<i>(la tarjeta corriente del seguro debe ser presentada al recepcionista cada visita)</i>					
Nombre de Seguro Primario					
Nombre de Suscriptor			Numero de Poliza		
Fecha de Nacimiento			Número de Grupo		
Empleador			Seguro Social		
Relación del Paciente al Suscriptor					
INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO					
Nombre de Seguro Secundario					
Nombre de Suscriptor			Numero de Poliza		
Fecha de Nacimiento			Seguro Social		
Relación del Paciente al Suscriptor					

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA	
Nombre	Relación al Paciente
Teléfono de Casa	Teléfono Celular
CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A PACIENTE	
<i>Yo certifico que la información ya mencionada es cierta. Yo, el infrascrito (paciente o guardian legal) autorizo atención médica y o tratamiento quirúrgico rendido por consejeros de The Doctor Is In. Yo entiendo que la deuda es de pagarse al tiempo de la visita, que Habrá una cuota por todo cheque de vuelta, cargo financiero de 1½% por cada mes de tardanza y que yo soy responsable por todo cargo financiero delinciente de su deuda.</i>	
Firma de Paciente/Guardián	Fecha
RECONOCIMIENTO DE HABER RECIVIDO NOTICIAS DE PRACTICAS RESERVADAS	
<i>Estamos requeridos a proveerle una copia del Aviso De Practicas Reservadas, que expone como podriamos usar o reveler su información de salud. Haga el favor de firmar esta hoja en reconocimiento de haber recibido el aviso. Yo reconozco que e recibido una copia del Aviso de Practicas Reservadas de esta oficina.</i>	
Firma de Paciente/Guardián	Fecha

CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN		
<i>Autorizo el personal de The Doctor Is In a dejar información médica que pertenece a mi cuidado por los métodos siguientes y asumirá responsabilidad de notificarlos si esta información cambie.</i>		
	SI	NO
Teléfono de Casa/ Contestador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teléfono de Trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teléfono Celular/ Correo de Voz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mande un fax historiales médicos para referencias a otra entidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si querría tener información soltada a alguien de otra manera que usted mismo súplicas completan el siguiente:</i>		
	SI	NO
Esposo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra(s) persona(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imprima Nombre		
Firma de Paciente/Guardián	Fecha	