



**FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES**

**FECHA:**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
<b>Apellido</b>		<b>Primer Nombre</b>		<b>Inicial Mediano</b>
Calle <span style="float: right;">Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/></span>				
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Zip</b>	<b>Sexo</b> Macho <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/>	
<b>Teléfono de Casa</b>	<b>Teléfono Celular</b>	<b>Correo Electrónico</b>		
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Seguro Social</b>			
<b>Empleador</b>	<b>Occupacion</b>	<b>Teléfono de Trabajo</b>		
<b>Raza</b>	<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
<b>Etnia</b>	<input type="checkbox"/> Hispano o Latinoamericano	<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Yo No Deseo Revelar	
<b>Idioma Preferido</b>				
<b>¿Cómo se enteró usted de nosotros?</b>				
<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
<b>¿Cual farmacia usa usted frecuentemente?</b>			<b>¿La ciudad?</b>	
¿PERSONA RESPONSIBLE POR SU DEUDA? (ESPOSO(A), PADRES, USTED, EMPLEADOR, ETC)				
<b>Apellido</b>		<b>Primer Nombre</b>		<b>Inicial Mediano</b>
Calle <span style="float: right;">Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/></span>				
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Zip</b>	<b>Sexo</b> Macho <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/>	
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>¿Su relación al paciente?</b>			
<b>Empleador</b>	<b>Seguro Social</b>			
INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO				
<i>(la tarjeta corriente del seguro debe ser presentada al recepcionista cada visita)</i>				
<b>Nombre de Seguro Primario</b>				
<b>Nombre de Suscriptor</b>			<b>Numero de Poliza</b>	
<b>Fecha de Nacimiento</b>			<b>Número de Grupo</b>	
<b>Empleador</b>			<b>Seguro Social</b>	
<b>Relación del Paciente al Suscriptor</b>				
INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO				
<b>Nombre de Seguro Secundario</b>				
<b>Nombre de Suscriptor</b>			<b>Numero de Poliza</b>	
<b>Fecha de Nacimiento</b>			<b>Seguro Social</b>	
<b>Relación del Paciente al Suscriptor</b>				

<b>INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA</b>	
<b>Nombre</b>	<b>Relación al Paciente</b>
<b>Teléfono de Casa</b>	<b>Teléfono Celular</b>
<b>CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A PACIENTE</b>	
<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>	
<b>Firma de Paciente/Guardián</b>	<b>Fecha</b>
<b>RECONOCIMIENTO DE HABER RECIVIDO NOTICIAS DE PRACTICAS RESERVADAS</b>	
<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>	
<b>Firma de Paciente/Guardián</b>	<b>Fecha</b>

<b>CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN</b>		
<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>		
	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Teléfono de Casa/ Contestador</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Teléfono de Trabajo</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Teléfono Celular/ Correo de Voz</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mande un fax historiales médicos para referencias a otra entidad</b>	<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>		
	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Esposo(a)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Padres</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Otra(s) persona(s)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Imprima Nombre</b>		
<b>Firma de Paciente/Guardián</b>	<b>Fecha</b>	