



Carondelet. Be well.

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

(Letra imprenta por favor)

Fecha Actual:	Médico personal
---------------	-----------------

Información del paciente

Apellido del Paciente:	Primero:	Segundo:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.	<input type="checkbox"/> Srta <input type="checkbox"/> Solt.	Estado civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Div <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>
¿Es este su nombre legal? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Si no, ¿Cuál es su nombre?	(nombre anterior):	Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f
Domicilio:	No. de Seguro Social:	Telefono: () Celular: ()	Raza: <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> afro <input type="checkbox"/> caucásico <input type="checkbox"/> hispano <input type="checkbox"/> nativo Americano <input type="checkbox"/> Isleño del pacífico <input type="checkbox"/> no reportado/ niega	Etnicidad: <input type="checkbox"/> hispano <input type="checkbox"/> no-hispano <input type="checkbox"/> no reportado/ niega	
Apdo. postal:	Ciudad:	Estado:	Zona postal:		
Ocupación:	Empleador:	Número de teléfono del empleador: ()			

Recomendado a la clínica por (favor d marcar uno):		<input type="checkbox"/> Dr:	<input type="checkbox"/> Plan de seguro:	<input type="checkbox"/> Hospital:
<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Cerca de casa/ trabajo	<input type="checkbox"/> Páginas amarillas	<input type="checkbox"/> Otro

INFORMACIÓN DE SEGURO

(Favor de darle la tarjeta de seguro a la recepcionista)

Persona responsable por la cuenta:	Fecha de nacimiento:	Domicilio: (si es diferente)	No. De teléfono en casa: ()		
¿Esta persona paciente aqui? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Ocupación:	Empleador:	Domicilio de empleador:	Numero de teléfono de empleador: ()		
Este paciente tiene seguro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Nombre de Seguro Primario:					
Nombre del asegurado:	No. de S.S. del asegurado:	Fecha de nacimiento:	No. de grupo:	No. De Póliza:	Co-pago: \$
Relación del paciente con el asegurado: <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro					
Nombre de seguro secundario (si aplica):		Nombre del asegurado :		No. de Grupo:	No. De Póliza:
Relación del paciente con el asegurado: <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro					

En caso de emergencia

Nombre de amigo o parentesco local (que no vive en el mismo domicilio):	Relación con el paciente:	Numero de teléfono en casa:	No. de teléfono en el trabajo
--	---------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Testamentos en vida

¿Tiene el paciente Testamento en Vida: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> no	Si es afirmativo, ¿donde lo tiene?
Tiene el paciente Carta Poder para el Cuidado de Salud? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> no	Si es afirmativo, ¿donde lo tiene?

Autorizo el tratamiento del paciente nombrado arriba y acuerdo en pagar todas cuotas y cargos por tal tratamiento. En el evento acción legal fuera necesario para recaudar un balance no pagado respecto a servicios médicos proveídos a mi o mi familia, Yo/nosotros acordamos en pagar honorarios de abogado razonables u otros costos. Es acordado que pagos no se retrasaran o retirados por cobertura de seguro. Todo pagos de seguro son asignados a esta oficina (una copia de asignación es válida como el original). Autorizo librar cualquier información médica necesaria para procesar peticiones.

He recibido una copia "Noticia de prácticas de Privacidad" de Carondelet Medical Group.

Firma del Paciente o Tutor

Fecha