

Formulario de registro de pacientes nuevos

Fecha de hoy: _____

Datos demográficos del paciente

Apellido legal _____ Primer nombre legal _____ Inic. seg. nombre _____ Primer nombre preferido _____

N.º de seguro social (SSN) _____ Fecha de nacimiento _____ Idioma _____

Dirección permanente _____ Apt. n.º _____ Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____ Correo electrónico _____

Proveedor preferido/Médico de atención primaria _____

Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a Sexo: Hombre Mujer

Raza: Negra/afroamericana Hispana Blanca Otra _____

Origen étnico: Hispano/latino No hispano/no latino Desconocido

Medio de comunicación preferido: Casa Celular Trabajo Correo Rechaza comunicación

Información de contacto en caso de emergencia

Nombre del contacto _____ Relación con el contacto _____ Teléfono del contacto _____

Dirección del contacto _____ Apt. n.º _____ Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Información sobre el empleo del paciente

Empleador _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Ocupación _____ Contacto laboral _____ Teléfono _____ Fax _____

Empleo: Tiempo parcial Tiempo completo Sin empleo Autónomo Jubilado Persona con discapacidad

Estudiante: Tiempo parcial Tiempo completo No es estudiante Militar

Información del responsable

Nombre legal del responsable _____ SSN _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del responsable _____ Apt. n.º _____ Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Información sobre el titular de la póliza del seguro médico

Nombre de la compañía de seguros principal _____

Nombre del asegurado _____ SSN del asegurado _____

Fecha de nac. del asegurado _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Teléfono _____ Relación con el paciente _____

Presente su(s) tarjeta(s) de seguro y su identificación con este formulario.

Nombre de la compañía de seguros secundaria _____

Nombre del asegurado _____ SSN del asegurado _____

Fecha de nac. del asegurado _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Teléfono _____ Relación con el paciente _____

Autorización para divulgar información: Por la presente autorizo a Self Regional Healthcare (SRH) a divulgar la información adquirida en el curso de mi tratamiento médico a mis compañías de seguros. También autorizo el pago directamente a SRH por el tratamiento médico recibido y las reclamaciones presentadas sobre una base asignada.

Además entiendo y acepto que: Al firmar a continuación, ya sea en persona o a través de la persona legalmente facultada para dar consentimiento, autorizo a SRH y a sus empleados, además de autorizar los honorarios de abogados y otros costos legales en los que incurra en relación con el cobro o la recuperación de un saldo impago en mi cuenta, y que estos costos de cobro serán inmediatamente exigibles y pagaderos a petición.

¿DESEA DESIGNAR A UN FAMILIAR O A OTRA PERSONA CON QUIEN SU PROVEEDOR PUEDA HABLAR SOBRE SU AFECCIÓN MÉDICA? SÍ NO

SI RESPONDE QUE SÍ, ¿A QUIÉN? _____

Firma _____ Fecha _____