

¿Como supiste de nosotros? Conducido por | Búsqueda en Internet | Familia/Amigo | Consultorio médico | Mensaje de texto | Farmacia | Señal LED

REGISTRO DEL PACIENTE			
Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Fecha de nacimiento: Sexo: (un círculo) Masculino Femenino
Dirección:	Número de Seguro Social: - -	Dirección de correo electrónico:	
Ciudad/Estado/Código postal:	Número de teléfono móvil:	Etnia: (un círculo) No hispana Hispania / latina	
¿Tiene alguno de estos síntomas?	Raza: (Seleccione todas las que correspondan)	Estado civil: (un círculo) soltero casado divorciado viudo	
Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Blanco Negro Ascendencia asiática Nativo americano Hispano/ Latino Isleño del Pacífico No contesta Otra	Empleador:	
Dificultad para hablar/respirar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Cambios en/pérdida de la visión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Problemas para mover las piernas/los brazos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Teléfono del empleador:	Ocupación:	Médico de atención primaria (PCP):	Teléfono del médico de atención primaria:
Nombre del contacto en caso de emergencia:	Parentesco con el paciente:	Número de teléfono: ()	Método de contacto preferido: Teléfono Trabajo Correo electrónico Otro:

Indique una persona con la que podamos hablar sobre su salud/cuenta.

¿Ha estado antes en este centro? Sí | No **Nombre:** **Teléfono #:**

¿Es su seguro el mismo? Sí | No **Nombre:** **Teléfono #:**

¿Es su dirección la misma? Sí | No **Nombre:** **Teléfono #:**

INFORMACIÓN DEL SEGURO			
¿Se debe esta visita a un accidente de trabajo o de auto? (un círculo) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, continúe con la sección relacionada con los accidentes.			
¿Tiene usted o algún otro familiar Medicare, Medicaid o Tricare? (un círculo) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si es el asegurado principal de su póliza, una copia de la parte de delante y de atrás de su tarjeta de indentificación del seguro sustituye el que tenga que completar esta sección. Si NO es el asegurado principal de su póliza, dé la información de abajo:			
Apellido del suscriptor:	Nombre:	Número de Seguro Social del suscriptor: - -	Fecha de nacimiento del suscriptor: / /
Número de indentificación del miembro:	Número de grupo:	Parentesco del paciente con el suscriptor: (un círculo) Lo soy Cónyuge Hijo Otro:	
Si tiene una póliza secundaria o cualquier otra cobertura médica adicional que pueda cubrir su visita a la sala de emergencias hoy, complete lo de abajo:			
Apellido del suscriptor:	Nombre:	Número de Seguro Social del suscriptor: - -	Fecha de nacimiento del suscriptor: / /
Número de indentificación del miembro:	Número de grupo:	Parentesco del paciente con el suscriptor: (un círculo) Lo soy Cónyuge Hijo Otro:	

RELACIONADO CON UN ACCIDENTE		
Fecha del accidente:	Tipo de accidente: (un círculo) De trabajo De auto	Si es de auto, estuvo involucrado en el accidente como: (un círculo) Conductor Pasajero Peatón Ciclista
Nombre de la compañía de seguros:		Número de teléfono:
Dirección de la compañía:	Ciudad/Estado/Código postal:	Número de fax:
Nombre del asegurado:		Nombre del liquidador de siniestros:
Número de póliza:	Se informó: (un círculo) Sí No	Número de reclamo: