

Forma de Registración del Paciente

(Por favor escriba)

Por favor presente la tarjeta de su seguridad a la recepcionista, para hacer una copia para reclamar a la seguridad

Fecha de hoy: ___/___/___ (Mes/Día/Año)

Apellido del Paciente : _____ Primer Nombre del Paciente: _____

Inicial del segundo Nombre: _____

SSN: _____ Nombre comunmente usado: _____

Grupo Etnico: Hispano Negro Blanco Otro (especifique) _____ Sexo: Hombre Mujer

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo
Mes/ Día /Año

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono #: _____ Ocupación: _____

En caso de emergencia, llamar a: _____ Teléfono de emergencia : _____

Dirección: _____

Esta usted empleado: Si o No Tiempo completo o Medio tiempo Es usted estudiante: Si o No

Empleado por _____ Teléfono del empleador #: _____

Persona responsable de pagar ésta cuenta:

Paciente: _____ Padre: _____ Otro (especifique) _____

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono #: _____

Empleado por: _____ Teléfono del empleador: _____

SSN: _____

de Medicaid _____ # de Medicare _____

Nombre de su Asegurancia _____ # de Póliza _____

Salario \$ _____ Semanal Quincenal Mensual Anual

Grupo Familiar: Adultos (incluyendose usted mismo) _____ Niños _____

PERMISOS ESPECIALES

POR FAVOR ESCRIBA SUS INICIALES Y LA FECHA DE HOY, SI LAS SIGUIENTES PREGUNTAS APLICAN A USTED:

INICIAL

FECHA

AUTORIZO A LA CLINICA PARA DEJAR MENSAJES EN MI MI CELULAR O EN LA MAQUINA CONTESTADORA DE MI CASA. EL MENSAJE PUEDE SER CONCISO PERO NO CON INFORMACION ESPECIFICA.

AUTORIZO A LA CLINICA PARA LLAMAR A MI TELEFONO CECULAR.

AUTORIZO A LA CLINICA PARA QUE MI INFORMACION MEDICA, DENTAL Y MI CUENTA SEAN COMPARTIDAS CON: _____ Y CON: _____.

HE RECIBIDO LA NOTIFICACION SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD.

PREFIERO RECIBIR POR CORREO INFORMACION DE ST LUKE'S HEALTH SYSTEM. N S
Circule una.

HE REVISADO LA ANTERIOR INFORMACION, LA HE ENTENDIDO, ESTA CORRECTA Y COMPLETA.

(FIRMA DEL PACIENTE O DEL PADRE GUARDIAN)