



Formulario de Registro del Paciente

Nosotros no discriminamos contra ninguna persona en nuestros programas o servicios, en base a su raza, color, nacionalidad, sexo, edad, religión o discapacidad.

| Información del Paciente | | | |
|---|--------------------------|---|--|
| Por favor proporcione su identificación con foto al recepcionista | | | |
| Apellido: | | Nombre: | |
| Fecha de nacimiento: | Número de Seguro Social: | Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | |
| Idioma principal: | | Transgénero: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| Dirección postal: _____ | | | |
| Dirección física: _____ | | | |
| Teléfono de casa: | | Teléfono de oficina: ext.: | |
| Teléfono celular: | | Dirección de correo electrónico: | |
| Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado Legalmente <input type="checkbox"/> Con Pareja <input type="checkbox"/> Desconocido | | | |
| Raza: <input type="checkbox"/> Blanco (incluyendo Hispano o Latino) <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano / Alaska | | | |
| <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> De otra Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Más que una raza: | | | |
| Origen Etnico: <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No Hispano / Latino | | | |
| Seguro o Fuente de Pago | | | |
| Por favor proporcione su(s) Tarjeta(s) de Seguro al recepcionista | | | |
| <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Pago Privado <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Seguro Comercial - Nombre del Seguro: _____ | | <input type="checkbox"/> Medicare con Seguro Complementario - Nombre del seguro: _____ | |
| Estado de Empleo | | | |
| <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Por Cuenta Propia <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Militar en Servicio Activo | | | |
| <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Desconocido | | | |
| Persona Responsable | | | |
| <input type="checkbox"/> Mismo (paciente mencionado arriba) | | | |
| <input type="checkbox"/> Garante; por favor llene la siguiente información: | | | |
| Apellido: | | Nombre: | |
| Fecha de nacimiento: | Relación al paciente: | | |
| Dirección: _____ | | | |
| Número telefónico de contacto: | | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Oficina | |
| Contacto de Emergencia | | | |
| Apellido: | | Nombre: | |
| Teléfono de casa: | | Teléfono de oficina: ext.: | |
| Teléfono celular: | | Relación al paciente: | |
| Farmacia Preferida | | | |
| Nombre de la Farmacia: _____ | | | |
| Dirección: _____ | | | |

Reconozco mi responsabilidad de pagar por los servicios proporcionados y entiendo que seré responsable por cualquier costo que no sea pagado por mi Seguro o cubierto por los programas de HealthPoint.

Favor ponga sus iniciales