

Ejemplo: Nuevo Formulario de Registro del Paciente

Información del Paciente						
Primer Nombre:		Segundo Nombre:		Apellido:		Otros Nombres:
Dirección de su domicilio):				Ciudad:		Estado: Código Postal:
Dirección de Correo:				Ciudad:		Estado: Código Postal:
Teléfono de la casa #: ()		Celular/ Teléfono del trabajo #: ()		Dirección del Correo Electrónico:		
Fecha de Nacimiento: / /		Número de Seguro Social: - -		Género: Masculino Femenino		Idioma Preferido:
Estado Civil: Soltero En una relación Casado Divorciado Separado Viudo						
Raza (circule todas las que aplican): Blanco Afroamericano Indio Americano Asiático De las Islas del Pacífico						
Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano Otro						
Designación Especial de la Población: Por favor responda las siguientes preguntas para que podamos darle un mejor servicio.						
1. En los últimos 2 años, ¿usted o alguien de su familia, trabajó en algún tipo de agricultura (trabajo de campo) plantando, cosechando, preparando la tierra, en una empacadora, manejando una camioneta para cualquier tipo de trabajo de campo, o con animales como vacas, pollos, etc.? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
2. En los últimos 2 años, ¿usted o algún miembro de su familia vivió lejos de la casa para trabajar en cualquier tipo de agricultura (trabajo de campo)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
3. ¿Usted o algún miembro de su familia ha parado de migrar para trabajar en la agricultura (trabajo de campo) por alguna discapacidad o por la edad (ya es muy mayor para hacer el trabajo)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
4. Actualmente, ¿usted vive con amigos o familiares, en su carro, en un refugio, en un hotel, o en la calle? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
5. ¿Usted es veterano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
6. ¿Está viviendo en una Vivienda Pública? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Información del Seguro						
Tipo(s) de Cobertura de Salud:			Seguro Privado Medicaid Medicare SCHIP Ninguno Otro:			
Seguro Primario:			ID #:		Grupo #:	
Seguro Secundario:			ID #:		Grupo #:	
Su visita de se debe a: ¿accidente de carro? Si No ¿lesión relacionada al trabajo? Si No						
Persona Responsable (Tiene que ser un adulto mayor de 18 años)						
Primer Nombre:		Segundo Nombre:		Apellido:		
Fecha de Nacimiento: / /		Número de Seguro Social: - -		Relación con el Paciente:		
Información del Trabajo						
(Cabeza de Familia?):						
Empleador:						
Dirección del Empleador:				Ciudad:		Estado: Código Postal:
Teléfono: ()				Número de la Licencia de Conducir:		
Información de Contacto en caso de Emergencia						
Persona a contactar en caso de emergencia:					Teléfono: ()	
Dirección:					Relación con el Paciente:	
Otros Familiares						
Primer Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:		Género:	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social:
Información del seguro:						

Yo, CERTIFICO QUE, EN EL MEJOR DE MIS CONOCIMIENTOS, LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos, bien sean cubiertos o pagados por la compañía de seguros. En caso de que **[nombre del centro de salud]** participe con mi plan de seguro, todos los copagos y pagos de coseguros se deben pagar al momento de recibir el servicio . Por el

Ejemplo: Nuevo Formulario de Registro del Paciente

presente, asigno a [nombre del centro de salud] todos los beneficios del seguro a los que yo (o mi hijo tiene) tengo derecho, que incluye, pero no se limita a, Medicare, Seguro de Salud Privado, y cualquier otra forma de pagos de los beneficios cubiertos. Por la presente autorizo [nombre del centro de salud] para que entregue toda la información necesaria para asegurar el pago.

Fecha: _____ Nombre (En letra de molde): _____ Firma: _____