

Formulario de Registro de Pacientes

Información del paciente:	Apellido:		Nombre:	
Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social:		Teléfono:	
Dirección:			Ciudad, Estado:	
Correo electrónico:		Sexo al nacer: M F	Código postal:	
Preferencia de Idioma:	Veterano: Si No	Estudiante: Si No ...En caso de que sí, la escuela:		
Raza (marque con un círculo todo lo que corresponda): Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Afroamericano Nativo Hawaiano/Isleño del Pacífico Blanco Desconocido Negarse a responder				
Etnicidad: Hispano/Latino No-Hispano/Latino Desconocido Negarse a responder				
Situación Laboral Agrícola: Trabajador agrícola migrante Trabajador agrícola estacional Trabajador agrícola durante todo el año Trabajador agrícola anciano/discapacitado No - Trabajador agrícola				
Información del Garante:	Apellido:		Nombre:	
Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social:		Teléfono:	
Dirección:			Ciudad, Estado:	
Relación con el paciente:		Código postal:		
Solo para pacientes pediátricos				
Padre/Tutor #1 Apellido:			Nombre:	
Teléfono:	Relación con el paciente:		¿Vive con el paciente? Si No	
Padre/Tutor #2 Apellido:			Nombre:	
Teléfono:	Relación con el paciente:		¿Vive con el paciente? Si No	
Información sobre el Seguro médico: <i>Si no tiene seguro, pero le gustaría que alguien lo ayudara a ver si califica para él, marque esta casilla.</i> <input type="checkbox"/>				
Seguro Primario:			Copago:	
Número de Identificación de miembro:		Número de póliza/grupo:		
Suscriptor:		Fecha de Nacimiento del suscriptor:	Número de Seguro Social del suscriptor:	
Seguro secundario:			Copago:	
Número de Identificación de miembro:		Número de póliza/grupo:		
Suscriptor:		Fecha de Nacimiento del suscriptor:	Número de Seguro Social del suscriptor:	
Seguro dental:	Número de Identificación de miembro:		Copago:	

Número de grupo:	Nombre del titular de la póliza	Fecha de Nacimiento del titular de la póliza:
Escala de descuento/pago por cuenta propia		
Tamaño de la familia:	Ingresos:	Semana/Quincenal/Mensual

Firma del paciente (o padre/tutor) _____ Fecha: _____