

Formulario de registro del paciente

Patient Registration Form

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____
Last Name Name MI

También conocido como/apellido(s) previo(s) _____
AKA (Also Known As)

Seguro social # _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____ Sexo: Masculino Femenino
SSN Date of Birth Gender Male Female

Estado civil: Casado ___ Soltero ___ Divorciado ___ Legalmente separado ___ Viudo ___ Unión libre ___
Marital Status: Married Single Divorced Legally Separated Widowed Life Partner

Domicilio _____
Home Address

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
City State Zip code

Teléfono de casa (_____) _____ Teléfono celular (_____) _____
Home Phone Cell Phone

Teléfono alternativo (_____) _____ Información del teléfono alternativo _____
Alternate Phone Alternate Phone Info

Correo electrónico _____
E-Mail

Medio de comunicación preferido del paciente/familia Teléfono de la casa Celular Teléfono Alt correo electrónico
Patient/Family Preferred Method of Communication Home Phone Cell Phone Alt Phone E-Mail

Texto
Text

Médico de cabecera/pediatra _____
Primary Care Physician/Pediatrician

Si es un paciente pediátrico, por favor liste los hermanos _____
If pediatric patient, please list siblings

Raza:
Race

Blanco Negro o Afroamericano Indio americano o asiático Nativo de Alaska
White Black or African American American Indian or Alaska Native Asian

Isleño del Pacífico o Nativo Hawaiano Otra raza, por favor escriba _____
Pacific Islander or Native Hawaiian Other Race – Please Print

Etnicidad: Hispano o Latino u origen español No hispano o Latino u origen español
Hispanic or Latino or Spanish Origin Not Hispanic or Latino or Spanish Origin

Otro/desconocido – Por favor indique _____
Other/Unknown – Please Print if Other

Idioma de preferencia: Si no es inglés - Por favor indique _____
Language Preference: If other than English- Please Print

¿Tiene impedimento de la audición o de la visión que requiera asistencia para una comunicación eficaz?
Do you have a Hearing or Vision Impairment that requires assistance for Effective Communication?

En caso afirmativo, por favor, indíquelo adecuadamente: Visión Audición
If yes, Please check appropriate item(s): Vision Hearing

Empleador del paciente _____
Patient's Employer

Dirección _____
Address

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
City State Zip Code

Número de teléfono del trabajo _____ Ext _____
Work Phone Number Ext

Persona financieramente responsable de la factura después de recibir el pago del seguro (Complete sólo si el paciente no es responsable)
Person Financially Responsible for Bill after Insurance Payment is received (Complete only if Patient is not responsible)

¿Usted es el Garante Tutor legal del paciente?
Are you the patients Guarantor? Legal Guardian?

Nombre del garante/tutor legal _____ Seguro social # _____ - _____ - _____
Guarantor/Legal Guardian Name Social Security #

Relación del paciente con el garante/tutor legal: Cónyuge Hijo dependiente Estudiante
Patient's Relationship to Guarantor/Legal Guardian: Spouse Dependent Child Student

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Otro, por favor indique _____
Date of Birth Other - Please Print

Dirección del garante/tutor legal _____
Guarantor/Legal Guardian Home Address

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
City State Zip Code

Teléfono de la casa (_____) Teléfono celular (_____) Teléfono del trabajo (_____)
Home Phone Cell Phone Work Phone

Nombre del empleador y la dirección del garante/tutor legal _____
Guarantor/Legal Guardian Employer Name & Address

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
City State Zip Code

Contacto de emergencia - a quien llamar en caso de emergencia
Emergency Contact - Who to call in the event of an Emergency

1. Nombre _____ Relación _____
Name Relationship

Teléfono casa/celular #(_____) Teléfono del trabajo #(_____)
Cell/Hm Phone Work Phone #

2. Nombre _____ Relación _____
Name Relationship

Teléfono casa/celular #(_____) Teléfono del trabajo #(_____)
Cell/Hm Phone Work Phone #

¿Su visita se debe una lesión relacionada al trabajo o a un accidente automovilístico? Sí No
Is your visit due to a job related injury or automobile accident? Yes No

¿Tiene un plan de cuidado avanzado? (Directivas anticipadas, testamento vital, poder médico notarial) Sí No
Do you have an Advance Care Plan? (Advance Directive, Living Will, Medical Power of Attorney) Yes No

¿El paciente tiene seguro? Sí No
Does the patient have insurance? Yes No

Información del seguro primario - por favor, complete la información a continuación si el paciente no es el titular del seguro
Primary Insurance Information - Please complete the below information if the patient is not the Policy Holder for the Primary Insurance

Nombre del plan _____
Plan Name

Nombre del titular del seguro _____ Sexo: Masculino Femenino
Policy Holder's Name Gender: Male Female

Nº del titular del seguro _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento del titular del seguro ____ / ____ / ____
Policy Holder's # Policy Holder's Date of Birth

Información del seguro secundario - por favor, complete la información a continuación si el paciente no es el titular del seguro
Secondary Insurance Information - Please complete the below information if the patient is not the Policy Holder for the Secondary Insurance

Nombre del plan _____
Plan Name

Nombre del titular del seguro _____ Sexo: Masculino Femenino
Policy Holder's Name Gender: Male Female

del titular del seguro _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento del titular del seguro ____ / ____ / ____
Policy Holder's # Policy Holder's Date of Birth

Nombre en letra de imprenta del paciente/garante _____
Patient/Guarantor Printed Name

Firma del paciente/garante _____ **Fecha** ____ / ____ / ____
Patient/Guarantor Signature Date