

Formulario de registro de pacientes



Información del paciente			
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Nombre anterior:
Dirección Postal:		Apartamento:	
Ciudad/estado/código postal:			
Teléfono de casa:	Teléfono celular:	Teléfono del trabajo:	
Método preferido para recibir llamadas de cortesía y otras mensajes electrónicos:		(Por favor elige uno)	Si voz, favor de indicar el número preferido:
		<input type="checkbox"/> Voz <input type="checkbox"/> Texto	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo
Médico familiar o pediatra:	Fecha de nacimiento:	Sexo:	
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Estado civil:	Nº de la Seguridad Social:		
Nombre del empleador:	Contacto de emergencia:		
Teléfono del contacto de emergencia:	Relación con el paciente:		
Persona responsable de la factura - si el paciente es menor de edad (menos de 18 años), el padre o guardián acompañamiento el paciente será considerado el garante.			
Apellido:		Nombre:	
Fecha de nacimiento:	Nº de la Seguridad Social:	Teléfono:	
Dirección de la persona responsable:			
Ciudad/estado/código postal:		Relación con el paciente:	
Información adicional: (FAVOR DE COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES)			
Dirección de correo electrónico::		¿Podemos dejar un mensaje sobre su atención médica y resultados de las pruebas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Raza (marque una):		Etnia (marque una):	
<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar		<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar	
Idioma de preferencia (marque uno):		Indio (incluidos hindú y tamil)	
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Bosnio <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro			
Ubicación y nombre de farmacia preferida:			
Seguro médico primario		Seguro médico secundario	
Nombre comp. seg.:	Nombre comp. seg.:	Nombre comp. seg.:	Nombre comp. seg.:
Nombre del titular de la póliza:	Nombre del titular de la póliza:	Nombre del titular de la póliza:	Nombre del titular de la póliza:
Fecha de nacimiento del titular:	Fecha de nacimiento del titular:	Fecha de nacimiento del titular:	Fecha de nacimiento del titular:
Nº de la Seguridad Social del titular:	Nº de la Seguridad Social del titular:	Nº de la Seguridad Social del titular:	Nº de la Seguridad Social del titular:
Relación del paciente con el titular de la póliza:	Relación del paciente con el titular de la póliza:	Relación del paciente con el titular de la póliza:	Relación del paciente con el titular de la póliza:
<p>Certifico que he leído y estoy de acuerdo con la política de pago de Primary Health Medical Group (PHMG). Soy elegible para el seguro indicado en este formulario y entiendo que el pago es mi responsabilidad, sin importar la cobertura del seguro. Por este medio asigno a PHMG todo el dinero al que tenga derecho por concepto de gastos médicos relacionados con los servicios otorgados en un momento dado por PHMG, pero sin exceder mi deuda con ellos. Autorizo PHMG comunicar cualquier información médica a mi aseguradora o pagador tercero para facilitar el procesamiento de mis reclamos de seguro. Comprendo que, de no pagar el saldo pendiente en un plazo de 90 días a partir de la notificación de la cantidad adeudada, el asunto se turnará a un servicio de cobro externo. Un cargo de \$20 por cheque devuelto aplicará para cheques devueltos por fondos insuficientes. Elijo recibir comunicaciones de PHMG por texto o email al número o dirección indicada, incluyendo pero no limitado a comunicaciones con relación a citas, tratamiento y pagamiento. Entiendo que los emails y textos pueden ser inseguros y hay un riesgo que pudieran ser leídos por un tercer partido. BENEFICIARIOS DE MEDICARE: Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare se haga efectivo a PHMG. Autorizo a cualquiera que posea información médica acerca de mi persona, a revelar a CMS y sus agentes toda información necesaria para determinar tales beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.</p>			

He revisado una copia del Aviso de confidencialidad de Primary Health Medical Group (Iniciales)

Firma de la parte responsable: X _____ Fecha: _____

Nombre en letras de imprenta de la parte responsable: X _____ Fecha: _____