

Hoy es: ____/____/____

FORMA DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE					
Nombre del Paciente Apellido		Primero	Segundo	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.	Estado Civil (trazar círculo) Soltero/Casado/Divorciado /Sep/ Viudo
¿Es éste su nombre legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		Si no lo es, ¿cuál es su nombre legal?		Fecha de Nacimiento / /	Edad Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T
Dirección de su Casa		Ciudad	Estado	Código Pos.	Teléfono de la Casa ()
Número del Teléfono Celular ()		Dirección de Corr. Elec. (Se usará para recordarle las citas)			Seguro Social - -
Ocupación	Empleador		Teléfono del Empleador		
Tipo de Empleo: <input type="checkbox"/> 1 – Tiempo Completo <input type="checkbox"/> 2 – Tiempo Medio <input type="checkbox"/> 3 – No Trabaja <input type="checkbox"/> 4 – Trabaja por su Cuenta <input type="checkbox"/> 5 – Retirado <input type="checkbox"/> 6 – Militar Activo Tipo de estudiante: <input type="checkbox"/> F – Tiempo Completo <input type="checkbox"/> P –Tiempo Medio <input type="checkbox"/> N – No es Estudiante					
Raza: <input type="checkbox"/> Indígena de EE.UU./Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena de Hawái/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se Negó a Responder					
Minoría Étnica: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No es Ni Hispano Ni Latino <input type="checkbox"/> Se negó a Responder					
Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro _____					
Farmacia:		¿Tiene usted testamento vital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO			
¿Quién lo Refirió? (Favor de Marcar una Casilla) <input type="checkbox"/> Dr. _____ <input type="checkbox"/> Aseguranza <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Directorio Telefónico <input type="checkbox"/> Otro _____					
Otros Familiares que Se Han Atendido Aquí					
Nombre de Su Médico Primario o de Cabecera:			Número Telefónico:		
INFORMACIÓN SOBRE EL RESPONSABLE DEL PAGO (información usada para estados de cuenta del paciente)					
Responsable: <input type="checkbox"/> Otro Paciente <input type="checkbox"/> Persona que Garantiza el Pago <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Marque aquí si la información es la misma que la del paciente					
Nombre		Dirección		Teléfono de la Casa	
Fecha de Nacimiento / /		Dirección de Correo Electrónico		()	
Ocupación	Empleador		Dirección del Empleador		Teléfono del Empleador ()
INFORMACIÓN SOBRE LA ASEGURANZA (cuando llegue, entregue su tarjeta del seguro en el mostrador)					
¿A Qué Se Debe Esta Visita? <input type="checkbox"/> SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES DEL TRABAJO (WC, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> MEDICINA OCUPACIONAL (OM, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> ACCIDENTE EN VEHÍCULO (MVA, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> FECHA DEL ACCIDENTE					
¿Tiene el paciente seguro médico? <input type="checkbox"/> S Í <input type="checkbox"/> NO					
Nombre del Asegurado:		No. de Seguro Social:	Fecha de Naci.	Seguro Desde	Identif. de Grupo
		- -	/ /	/ /	
Relación o Parentesco del Paciente con el Asegurado <input type="checkbox"/> Misma Persona <input type="checkbox"/> Esposo o Esposa <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otra _____					
Nombre de la Aseguranza Secundaria		Nombre del Asegurado		Fecha de Naci.	Identif. de Grupo
Relación o Parentesco del Paciente con el Asegurado <input type="checkbox"/> Misma Persona <input type="checkbox"/> Esposo o Esposa <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otra _____					
EN CASO DE UNA EMERGENCIA, COMUNÍQUENSE CON:					
Nombre (Apellido, Primero)		Relac. o Parentesco con el Paciente		Teléfono de la Casa ()	Otro Teléfono ()

Estoy de acuerdo en que, a mi saber, la información que se da en esta forma es exacta y está al día. Doy permiso para recibir mensajes de texto y/o correos electrónicos enviados por el Centro a cualquier número de celular y/o dirección de correo electrónico que se ha dado aquí; se podrán enviar recordatorios de citas, cuentas, recibos de pago o materiales de mercadotecnia. Comprendo que la atención del paciente la dirige su médico y doy permiso para que se me presten los servicios que sean los adecuados para atenderme según los ordene(n) mi(s) médico(s).

Firma del Paciente/Tutor

Fecha