

Hoy es: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

# FORMA DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

**INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE**

<b>Nombre del Paciente Apellido</b>		<b>Primero</b>	<b>Segundo</b>	<input type="checkbox"/> Sr.	<input type="checkbox"/> Sra.	Estado Civil (trazar círculo) Soltero/Casado/Divorciado /Sep/ Viudo
				<input type="checkbox"/> Srita.		
¿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		
<b>Tipo de Empleo:</b> <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						
<b>Tipo de estudiante:</b> <input type="checkbox"/> F – Tiempo Completo <input type="checkbox"/> P – Tiempo Medio <input type="checkbox"/> N – No es Estudiante						
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Indígena de EE.UU./Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena de Hawái/Islas 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						
<b>Minoría Étnica:</b> <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No es Ni Hispano Ni Latino <input type="checkbox"/> Se negó a Responder						
<b>Idioma:</b> <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 _____						
<b>Farmacia:</b>		¿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:			
<b>INFORMACIÓN SOBRE EL RESPONSABLE DEL PAGO</b> <b>(información usada para estados de cuenta del paciente)</b>						
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 (   )
<b>INFORMACIÓN SOBRE LA ASEGURANZA</b> <b>(cuando llegue, entregue su tarjeta del seguro en el mostrador)</b>						
¿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"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO						
Nombre del Asegurado:		No. de Seguro Social: -   -	Fecha de Naci. /   /	Seguro Desde /   /	Identif. de Grupo	Identif. del Suscriptor (No. de Póliza)
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	Identif. del Suscriptor (No. de Póliza)
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						
<b>EN CASO DE UNA EMERGENCIA, COMUNÍQUENSE CON:</b>						
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