

# NEW MEXICO CARDIOVASCULAR ASSOCIATES

Fecha de hoy \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE													
Nombre del Paciente		Apellido		Primer nombre		Segundo nombre		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.		Estado civil (circule) Soltero/ Casado/ Divorciado/Separado/Viudo			
¿Este es su nombre legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO			Si no es así, ¿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 o para correspondencia (circule uno)						Ciudad		Estado		Código Postal		Teléfono de casa (   )	
Teléfono celular (   )			Correo electrónico			Seguro Social							
Ocupación			Empleador			Teléfono del empleador							
Situación de empleo: <input type="checkbox"/> 1-Tiempo completo <input type="checkbox"/> 2 – Medio tiempo <input type="checkbox"/> 3 – No está empleado <input type="checkbox"/> 4- Autoempleado <input type="checkbox"/> 5- Retirado <input type="checkbox"/> 6 – Militar activo													
Situación como estudiante: <input type="checkbox"/> F- Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> P – Estudiante de tiempo parcial <input type="checkbox"/> N – No es estudiante													
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Indio nativo americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/ Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afroestadounidense <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiere no responder													
<b>Etnia:</b> <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano/ni latino <input type="checkbox"/> Prefiere no responder													
<b>Idioma:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Indio <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 un testamento vital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
<b>Remitido por (por favor marque una casilla)</b>													
<input type="checkbox"/> Dr. _____ <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Páginas amarillas <input type="checkbox"/> Otro _____													
Otros miembros de la familia que reciben atención aquí													
Nombre del médico de cabecera						Número de teléfono							
INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE													
Parte responsable: <input type="checkbox"/> Otro paciente <input type="checkbox"/> Garante <input type="checkbox"/> Él/ella mismo/a						<input type="checkbox"/> Marque aquí si la información es la misma del paciente							
Nombre			Dirección			Teléfono de casa							
Fecha de nacimiento   / /			Correo electrónico			(   )							
Ocupación			Empleador			Dirección del empleador			Teléfono del empleador				
						(   )							
INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO													
(Muestre su tarjeta de seguro en la recepción, cuando se registre)													
¿Esta visita es para algo de lo siguiente? <input type="checkbox"/> COMPENSACIÓN LABORAL (WC)													
<input type="checkbox"/> MEDICINA OCUPACIONAL (OM) <input type="checkbox"/> ACCIDENTE EN UN VEHÍCULO MOTORIZADO <input type="checkbox"/> FECHA DEL ACCIDENTE													
¿Tiene el paciente cobertura de seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO						Nombre de la aseguradora							
Nombre del asegurado		Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento / /		Fecha de validez / /		Identificación de grupo		Identificación de afiliado (Número de póliza)			
Relación del paciente con la persona asegurada <input type="checkbox"/> Él/Ella mismo/a <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro _____													
Nombre del seguro secundario		Nombre del asegurado		Fecha de nacimiento / /		Identificación de grupo		Identificación de afiliado (Número de póliza)					
Relación del paciente con la persona asegurada <input type="checkbox"/> Él/Ella mismo/a <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro _____													
CONTACTO DE EMERGENCIA													
Nombre (apellido y nombre)			Relación con el paciente			Teléfono de casa (   )			Otro teléfono (   )				

Hasta donde tengo conocimiento, la información entregada en este formulario es correcta y actualizada.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha