


Formulario de inscripción del paciente

Información sobre el paciente:

Motivo de la visita (si es debido a una lesión, explique cómo sucedió): _____

Sírvase indicar la fecha del accidente o en que empezaron los síntomas: ____/____/____

Si fue una lesión, está relacionada con: ¿Indemnización al trabajador? S / N ¿Accidente automovilístico? S / N

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: ____ Apellido: _____

Número de seguro social ____/____/____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Sexo M / F / Transexual Estado civil (marque con un círculo) S C D V Pareja de hecho

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

No. de teléfono de la casa (____) _____ No. de teléfono celular (____) _____

Dirección de correo electrónico _____ Método preferido para contactarlo Casa / Celular / Correo electrónico

¿Podemos dejarle mensajes en: su casa? S / N ¿En su teléfono celular? S / N

Idioma materno _____ País de origen _____

¿Necesita servicios de traducción? S / N

Etnicidad _____ Raza _____

¿Tiene alguna discapacidad visual? S / N ¿Tiene alguna discapacidad auditiva? S / N

Categoría de empleo (marque con un círculo) Horario completo / Horario parcial / Empleado por cuenta propia / Retirado / Militar

Ocupación del paciente _____ No. de teléfono del trabajo _____

Empleador _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Podemos dejarle mensajes en: su trabajo? S / N

Si es estudiante, indique el nombre de la escuela _____ Categoría de estudiante Horario completo/ Parcial

Información sobre la persona a contactar en caso de emergencia (si el paciente es un adulto) o Información sobre el padre/la madre/el tutor (si el paciente es menor de edad):

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: ____ Apellido: _____

Parentesco con el paciente: _____ No. de teléfono de la casa: (____) _____

No. de teléfono del trabajo (____) _____ No. de teléfono celular (____) _____

Información sobre el seguro:

Nombre de la empresa de seguro PRINCIPAL _____

Si tiene Medicare: ¿El paciente es veterano de guerra? S / N ¿Tiene empleo actualmente? S / N

¿Posee una tarjeta federal para pacientes de Enfermedad pulmonar minera? S / N

¿Su cónyuge o pareja de hecho tiene empleo en la actualidad? S / N

No. de Póliza / del Titular _____ No. de Grupo _____

¿Cuál es el parentesco del titular con usted? Yo mismo / Cónyuge / Hijo / Tutor

Información sobre el Titular / Subscriptor:

Nombre _____ Inicial del segundo nombre ____ Apellido _____

Número de seguro social ____/____/____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Sexo Masculino / Femenino / Transexual

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

No. de teléfono de la casa (____) _____ No. de teléfono celular (____) _____

Empleador del titular _____

No. de teléfono del trabajo (____) _____ Dirección del empleador _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal: _____

Nombre de la empresa de seguro SECUNDARIO _____

No. de Póliza / del Titular _____ No. de Grupo _____

¿Cuál es el parentesco del titular con usted? Yo mismo / Cónyuge / Hijo / Tutor / Pareja de hecho

Información sobre el Titular / Subscriptor:

Nombre _____ Inicial del segundo nombre ____ Apellido _____

Número de seguro social ___/___/___ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____

Sexo Masculino / Femenino / Transexual

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

No. de teléfono de la casa (____) _____ No. de teléfono celular (____) _____

Empleador del titular _____ No. de teléfono del trabajo (____) _____

Dirección del empleador _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Información sobre la farmacia:

Nombre de la farmacia al por menor: _____

No. de teléfono (____) _____ No. de fax (____) _____ Ubicación _____

No. de identificación _____

Farmacia de encargos por correo _____

No. de teléfono (____) _____ No. de fax (____) _____

No. de identificación _____

¿Tiene preparadas Directivas anticipadas? S/N

Si la respuesta es no, ¿quisiera obtener mayor información acerca de las directivas anticipadas? S/N