CENTRO DE SALUD LA RED
FORMA DE REGISTRACION

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre y Apellido: _____
Numero del Seguro Social (SS#): _____-____-_____
Dirección: _____
P.O. Box: _____
Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____

Numero de teléfono: "Casa" (_____) _____-_____
Numero de teléfono: "Trabajo" (_____) _____-_____
Numero de teléfono: "Celular" (_____) _____-_____
¿Podemos dejar mensaje en su contestadora? Si [ ] No [ ]
Estado civil: Soltero/a [ ] Casado/a [ ] Divorciado/a [ ]
Viudo/a [ ] Separado/a [ ]
Sexo: M [ ] F [ ] Fecha de nacimiento:____/____/____ MM/DD/AA
Doctor que lo refirió:_____

¿Esta inscrito en CHAP? Si [ ] No [ ]
Idioma primario: _____
Raza: Blanco [ ] Negro [ ] De Otra Isla del Pacífico [ ]
Hawaiano [ ] Asiático [ ]
Indio Amer./Nativo de Alaska [ ] Más De 1 Raza [ ]
Grupo Étnico: Hispano/Latino [ ] Otro [ ] _____
País de origen: _____

Contacto de emergencia: _____
Teléfono de emergencia: (_____) _____-_____
Relación al paciente: _____
¿Podemos dejar mensaje con el/ella? Si [ ] No [ ]
¿Es usted un veterano de EE.UU.? Si [ ] No [ ]
¿Situación de vivienda? Dueño/Rento [ ] Con otra familia [ ]
Residencia temporal [ ] Casa de refugio [ ] En la calle [ ] Otra [ ]

¿Como se enteró del Centro de Salud La Red? Trabajo [ ] Radio [ ] Salud Publica [ ] El folleto de La Red [ ] Otro [ ]_____

INFORMACION DEL EMPLEADOR

Estudiante [ ] Empleado [ ] Negocio Propio [ ] Desempleado [ ] Retirado [ ]
Empleador: _____
Teléfono del empleador: (_____) _____-_____

Dirección del empleador: _____
Ciudad:_____ Estado:____ Código Postal:_____
Correo electrónico:_____

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

Seguro médico primario: _____
Fecha de inscripción: _____/_____/_____ MM/DD/AA
Nombre del suscriptor: _____
No. del certificado: _____
Nombre del grupo: _____
No. del grupo: _____
Teléfono del seguro: (_____) _____-_____
Relación: Paciente [ ] Esposo/a [ ] Hijo/a [ ] Otro [ ]_____
F.D.N. del suscriptor ____/____/____ SS#:_____-____-_____

Seguro Médico Secundario: _____
Fecha de inscripción: _____/_____/_____ MM/DD/AA
Nombre del suscriptor: _____
No. del certificado: _____
Nombre del grupo: _____
No. del grupo: _____
Teléfono del seguro: (_____) _____-_____
Relación: Paciente [ ] Esposo/a [ ] Hijo/a [ ] Otro [ ]_____
F.D.N. del suscriptor ____/____/____ SS#:_____-____-_____

Si el paciente es menor de 18 años, favor de completar: INFORMACION DEL PADRE / TUTOR LEGAL

Nombre y Apellido: _____
Dirección: _____
P.O. Box: _____
Ciudad:_____ Estado:____ Código Postal:_____
Numero del Seguro Social (SS#):_____-____-_____

Sexo: M [ ] F [ ] Fecha de Nacimiento:____/____/____ MM/DD/AA
Numero de teléfono: "Casa" (_____) _____-_____
Numero de teléfono: "Trabajo" (_____) _____-_____
Numero de teléfono: "Celular" (_____) _____-_____
Relación al paciente: _____

Certifico que la información en esta forma es verdadera y esta completada al mejor de mi conocimiento. Acepto la responsabilidad de los gastos médicos incurridos por el paciente y consiento en pagar cuentas al momento del servicio a menos que otros arreglos hayan sido hechos. Autorizo la reclamación de cobro de mi seguro para ser pagado directamente al Centro de Salud La Red. También entiendo que mi seguro médico o el pagador de mis beneficios médicos pueden pagar menos que el total de los servicios rendidos, y últimamente soy responsable del resto de la cuenta. Autorizo a mi proveedor que libere cualquier información necesaria para el curso de mi tratamiento o si es solicitado por el seguro médico. He sido ofrecido y/o recibido una copia de la declaración de HIPAA del Centro de Salud La Red.

_____ _____ _____/_____/_____
Firma del (Padre o Tutor si el paciente es menor de 18) Paciente Nombre Fecha