



Registro de pacientes

Numero de ID del paciente: _____
(para ser llenado por el personal)

Fecha de hoy: _____

¿Hemos visto a este paciente en los últimos tres años? Sí _____ No _____

Nombre anterior _____

Información para el paciente:

Nombre:

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

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____ Genero _____ Seguro Social #: _____ - _____ - _____

Estado Civil: _____ Soltero _____ Casado _____ Divorciado _____ Viudo _____ Otros significativos

Dirección _____ Apt / Lote _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de casa (_____) _____ - _____ Celular (_____) _____ - _____

Correo electrónico _____ ¿te gustaria tener acceso al portal? ___Si ___ No

Médico General (Pediatra) _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

(Información sobre su visita sera proporcionada por este centro se enviará a su PCP a menos que se especifique lo contrario)

Idioma Principal: _____ Religión _____

Raza: por favor seleccione uno

_____ Indio Americano o Asiático

_____ Nativo de Alaska

_____ Negro o afroamericano

_____ Nativo Hawaiano u otras islas del Pacífico

_____ Blanco

_____ Negarse a Contestar

Origen Etnico: Por favor seleccione uno

_____ Hispano o Latino

_____ no hispano o Latino

_____ Negarse a Contestar

Método preferido para contactarlo _____ Está bien dejar un mensaje de voz? ___Si ___No

Farmacia de preferencia _____ Dirección _____

Padres / Información Tutor Legal - si la dirección es la misma que el paciente, escriba "igual"

Nombre:

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

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____ Genero _____ Seguro Social #: _____ - _____ - _____

Estado Civil: _____ Soltero _____ Casado _____ Divorciado _____ Viudo _____ Otros significativos

Dirección _____ Apt / Lote _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de casa (_____) _____ - _____ Celular (_____) _____ - _____

Relación con el paciente: _____

Persona de contacto en caso de emergencia si no pueden llegar a los padres o tutor legal mencionado.

Nombre: _____ Relacion con el paciente: _____

Dirección _____ Apt / Lote _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de casa (_____) _____ - _____ Celular (_____) _____ - _____ Trabajo (_____) _____ - _____

Fuente de información

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

SEGURO primario: Aunque tomamos foto de su tarjeta de seguro. Nno toda la información necesaria al archivo está en la tarjeta. Por favor complete toda la información a continuación. Si la información no esta completa, la cuenta se establecerá como auto pago y usted será responsable de los cargos hasta que tengamos la información necesaria para presentar un reclamo. Para el seguro comercial se le reembolsará cualquier pago excesivo después de que la solicitud ha sido procesada por el seguro. Para Medicaid / AHCCCS, será reembolsado después de que son capaces de verificar la elegibilidad.

Nombre de la compañía de seguro Medico: _____

Plan de seguro medico _____

Direccion de reclamacion _____ Suite: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Teléfono de verificación: _____ Numero de Identificacion _____

Grupo #: _____ Nombre de grupo del miembro#: _____

Fecha Efectiva: _____ Fecha de Término: _____

Asegurado / Tomador : _____

Direccion _____ Suite _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Fecha de nacimiento del asegurado: __/__/__ Relación con el paciente ___Paciente ___Esposo/a ___ Dependiente__

Empleador del asegurado: _____

Rama militar: _____ Estado: _____ Rango _____

Seguro secundario:

Nombre de la compañía de seguro Medico: _____

Plan de seguro medico _____

Direccion de reclamacion _____ Suite: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Teléfono de verificación: _____ Numero de Identificacion _____

Grupo #: _____ Nombre de grupo del miembro#: _____

Fecha Efectiva: _____ Fecha de Término: _____

Asegurado / Tomador : _____

Direccion _____ Suite _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Fecha de nacimiento del asegurado: __/__/__ Relación con el paciente ___Paciente ___Esposo/a ___ Dependiente__

Empleador del asegurado: _____

Rama militar: _____ Estado: _____ Rango _____