

Fecha de hoy: _____

Número de identificación del paciente: _____ (sólo para uso oficial)

Médico remitente: _____

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Información del paciente

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

Fecha de nacimiento: _____ Género: M F Número de seguro social: _____

Para menores, por favor, indique el Padre/Custodio responsable: _____

Dirección: _____

Calle

Ciudad

Estado/Zona postal

Teléfono de la casa: () _____ Celular: () _____ Tel. del trabajo: () _____

Correo electrónico: _____ Número de licencia de conducir: _____

Estado civil: Soltero Casado Viudo Separado Divorciado

Empleador: _____ Ocupación: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

¿Cómo supo de nosotros?

Por favor, marque todas las casillas que correspondan:

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Sitio Web | <input type="checkbox"/> | Facebook | <input type="checkbox"/> |
| Google/Yahoo/Bing | <input type="checkbox"/> | Otro anuncio del Internet | <input type="checkbox"/> |
| Anuncio de periódico/revista | <input type="checkbox"/> | Correo directo (carta, tarjeta postal, etc.) | <input type="checkbox"/> |
| Amigo o familiar | <input type="checkbox"/> | Médico | <input type="checkbox"/> |
| Otro (por ejemplo, CVS) | <input type="checkbox"/> | | |

Me gustaría recibir boletines por correo electrónico, consejos generales de salud e información de Barnabas Health: Sí No

Si responde que Sí, por favor, provea su correo electrónico: _____

Parte responsable

Llene esta sección solamente si el paciente NO es la parte responsable

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

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ # de SS: _____ Género (M/F): _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Zona postal: _____

Teléfono de casa: () _____ Teléfono del trabajo: () _____

Información del seguro (Muéstrelle su(s) tarjeta(s) de seguro actual(es) a la recepcionista)

Seguro primario: _____ Póliza/ # de identificación: _____

Número del grupo/plan: _____ Relación con el titular del seguro: _____

Fecha vigente del seguro primario: _____

Información del titular del seguro:

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

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ # de SS: _____ Género (M/F): _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Zona postal: _____

Teléfono de casa: () _____ Teléfono del trabajo: () _____

Seguro secundario: _____ Póliza/ # de identificación: _____

Número del grupo/plan: _____ Relación con el titular del seguro: _____

Fecha vigente del seguro secundario: _____

Información del titular del seguro:

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

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ # de SS: _____ Género (M/F): _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Zona postal: _____

Teléfono de casa: () _____ Teléfono del trabajo: () _____

Solicitud de información demográfica

Para cumplir con las regulaciones federales, tenemos que pedirle la siguiente información:

Raza

- Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afro-americano
- Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico
- Blanco

Origen étnico

- Hispano o latino
- Ni hispano ni latino

Directivas anticipadas

¿Tiene usted un poder para asistencia médica/un testamento vital? Sí No

¿Desea hablar de esto con su médico? Sí No

Consumo de tabaco

Por favor, indique su historial de fumador:

- Nunca he fumado
- Antes fumaba
- Actual fumador – Indique la cantidad y la frecuencia con que fuma _____

Preferencias de comunicación

Entiendo que el personal y/o los médicos de Barnabas Health Medical Group ("BHMG") posiblemente se tengan que comunicar conmigo con respecto a las citas, los resultados de las pruebas o para otros asuntos relacionados con mi salud. Abajo aparece una lista de mis preferencias:

Idioma de preferencia _____ Método de comunicación de preferencia: Casa Trabajo Celular

¿Podemos dejar un mensaje en el contestador automático o con la persona que conteste el teléfono?

(Encierre en un círculo **Sí** o **No**)

Casa S/N **Trabajo** S/N **Celular** S/N **NO LLAMAR:** Casa Trabajo Celular

Divulgación a un familiar designado/Amigos/Persona que lo cuida

Yo autorizo a BHMG a divulgar la información médica que sea necesaria a los siguientes individuos designados que están involucrados en mi asistencia médica. Entiendo que no es un requisito que ponga a alguien en la lista. Entiendo asimismo que en cualquier momento puedo cambiar la lista por escrito.

Nombre en letra de imprenta _____ Fecha de nacimiento _____ Relación _____ Número de teléfono _____

Nombre en letra de imprenta _____ Fecha de nacimiento _____ Relación _____ Número de teléfono _____

Farmacia de preferencia

Por favor, indique abajo su Farmacia de preferencia:

Nombre de la farmacia: _____ Número de teléfono: () _____

Dirección: _____

(Indique la ciudad, las calles que atraviesan y la zona postal, si las sabe)