



Formulario de registro de pacientes

Fecha: _____ ¿Cómo se enteró de TLC? _____

INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE VA A SER ATENDIDA HOY

Nombre del paciente (Nombre, Apellido)

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono de emergencia: _____ Contacto de emergencia (Relación con el paciente) _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Sexo: Hombre _____ Mujer _____

Estado civil: _____ Casado/a _____ Soltero/a _____ Divorciado/a _____ Viudo/a _____ Otro _____

Número de Seguridad Social: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del empleador: _____

Teléfono del empleador: _____

Raza:	Ethnia:
<input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico	<input type="checkbox"/> No Hispano / No Latino
<input type="checkbox"/> Negro /Afro-americano	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Desconocido
<input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____	<input type="checkbox"/> Denegar
<input type="checkbox"/> Denegar	

Language preferido: _____ Inglés _____ Español _____ Otro (especificar) _____

Método de comunicación preferido:

____ Correo Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

Nombre de la persona responsable (Nombre, Apellido):

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono de emergencia: _____ Contacto de emergencia (Relación con el paciente): _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Sexo: Hombre _____ Mujer _____

Número de Seguridad Social: _____

Correo electrónico: _____



Formulario de registro de pacientes

INFORMACIÓN DE SU COMPAÑÍA DE SEGUROS:

****** Por favor, permita que la recepcionista haga copias de su tarjeta de seguros******

TENGA EN CUENTA: Es parte de la política de **The Longstreet Clinic** cobrar el pago completo en el momento de su visita. Si usted tiene una póliza con una compañía con la cual tenemos un contrato, estaremos encantados de presentar la reclamación por usted. Entienda que si usted no tiene una póliza con una compañía contratada por nosotros, usted debe pagar por su visita en ese mismo momento. Si usted tiene alguna duda sobre su capacidad para hacer el pago, haga el favor de comunicarse con la recepcionista.

COMPAÑÍA DE SEGUROS PRINCIPAL:

Nombre del asegurado: _____ Número de seguro/DOB: ____ / ____ / ____

Nombre del empleador del asegurado: _____ Seguridad Social del asegurado: _____

Relación o parentesco del asegurado con el paciente: _____

COMPAÑÍA DE SEGUROS SECUNDARIA:

Nombre del asegurado: _____ Número de seguro/DOB: ____ / ____ / ____

Nombre del empleador del asegurado: _____ Seguridad Social del asegurado: _____

Relación o parentesco del asegurado con el paciente: _____

Autorizo a *The Longstreet Clinic, P.C.* a revelar cualquier tipo de información requerida por mi compañía de seguros por los servicios prestados. Autorizo el pago de beneficios médicos a *The Longstreet Clinic, P.C.*

Firma: _____

Entiendo que sigo siendo responsable para *The Longstreet Clinic, P.C.* por cualquier cargo adicional.

Firma: _____