

ACCESS MEDICAL CENTER REGISTRO DE PACIENTES

Información del paciente

Nombre complete del paciente:		
<input type="checkbox"/> Paciente Nuevo <input type="checkbox"/> Paciente Existente		
Razón de la Visita:		
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Núm. de Seg. Social:	Etnicidad/Raza:	
Dirección local:	Núm. de apartamento:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono principal:	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	
Teléfono secundario:	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	
Dirección de correo electrónico:	Proporcionando su dirección de correo electrónico, usted acepta nuestra política de privacidad	
¿Cómo se enteró de nosotros?		
<input type="checkbox"/> Locación <input type="checkbox"/> Servicio de atención al Cliente <input type="checkbox"/> el correo electrónico <input type="checkbox"/> a visos del centro <input type="checkbox"/> familia/amigo/boca a boca <input type="checkbox"/> Búsqueda en Internet <input type="checkbox"/> Publicidad impresa <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> directorio telefónico <input type="checkbox"/> Escuela/guardería: _____ <input type="checkbox"/> Empleador: _____ <input type="checkbox"/> Evento comunitario: _____ <input type="checkbox"/> Hotel: _____ <input type="checkbox"/> Referencia del médico: _____ <input type="checkbox"/> Farmacia: _____ <input type="checkbox"/> Complejo de apartamentos: _____ <input type="checkbox"/> Seguro: _____		
Estado civil: <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a		
Nombre complete del cónyuge:		
Dirección permanente (si no es local):		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Medico de atención primaria:		
Empleador:		

Gracias por elegir Access Medical Center. ¡Su satisfacción es importante para nosotros! Deje su dirección de correo electrónico en el espacio que se proporciona y le enviaremos una encuesta acerca de su visita de hoy.

Información del suscriptor seguros

Completar solo si no el paciente

Nombre completo del suscriptor:		
Fecha de nacimiento del suscriptor:		
Núm. de Seg. Social del suscriptor:		
Relación del suscriptor con el paciente:		
Dirección permanente del suscriptor:	Núm. de apartamento:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono principal del suscriptor:	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	
Teléfono secundario del suscriptor:	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	
Empleador del suscriptor:		
Complete detalles de seguros		
Compañía de seguros:		
Tipo: <input type="checkbox"/> HMO / PPO <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid/AHCCCS <input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> Otro		
Núm. ID/póliza #:	Núm. De grupo:	
Copago/coaseguro/deducible cantidad:	Fecha de vigencia:	
¿Seguro secundario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre de compañía:		
Padre o Legal Guarían de menor o adulto incapacitado solo		
Nombre completo:	Fecha de nacimiento del tutor:	
Relación:	Numero de contacto:	
Firma		
Nombre del paciente:	Fecha: _____	
Firma: _____		