

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

Fecha:					
INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Nombre		Apellido		Inicial	Fecha de Nacimiento
Sexo: (marque uno) ☐ Mujer ☐ Hombre	Seguro Social #	Número Móvil	Número Alternativo	Correo Electrónico	
Dirección		Número de Apartamento	Ciudad	Estado	Código Postal
Raza: (marque una) ☐ Indígena/De Alaska ☐ Negro Africano o Afroamericano ☐ Hawaiano o de otro país del pacifico ☐ Blanco ☐ Hispano ☐ Otro: _____					
Etnicidad: (marque uno) ☐ Hispano ☐ Otro	Idioma preferido		Farmacia y Ubicación Preferida	Número de Teléfono	
Contacto de Emergencia		Relación	Número de Teléfono		
¿Cómo supiste de nosotros? ☐ Familia/Amistad ☐ Seguro ☐ Sitio Web ☐ Ubicación ☐ Evento de Comunidad ☐ Otra Manera: _____					
COMPLETA ESTA SECCIÓN SI EL PACIENTE ES UN MENOR (menor de 18 años)					
Nombre de la Parte Responsable		Apellido		Relación al Paciente	Fecha de Nacimiento
Sexo: (marque uno) ☐ Mujer ☐ Hombre	Seguro Social #	Número Móvil	Número Alternativo	Licencia de Conducir	
SEGURO E INFORMACION DEL SUSCRIPTOR					
POR FAVOR, PROPORCIONE TODAS LAS TARJETAS DE SEGURO A LA RECEPCIÓN					
Seguro Principal		ID de Miembro	Número de Grupo	Empleador	
Nombre del Titular de la Póliza		Fecha de Nacimiento		Relación con el Paciente	
PORTAL DEL PACIENTE					
Para garantizar un mejor servicio, proporcionamos servicios en línea que permiten a los pacientes hacer convenientemente solicitudes de citas, ver los resultados del laboratorio, revisar sus signos vitales y obtener otra información útil del paciente. Recomendamos esto encarecidamente ya que este servicio es gratuito. Por favor, indique a continuación si desea recibir información a través de nuestro Portal del Paciente :					
☐ Sí, Deseo comunicarme utilizando el sistema seguro del Portal del Paciente que está diseñado para mantener mi información segura. Entiendo que se me notificará por correo electrónico cuando haya información segura para su revisión.					
☐ No, No deseo participar en el Portal del Paciente					
Firma			Correo electrónico		
CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO					
Por la presente autorizo a los empleados y agentes de XXX (incluyendo médicos, asistentes médicos, profesionales de enfermería y otros miembros del personal) a realizar evaluaciones médicas y atención al paciente que se indica a continuación. Entiendo que un(a) enfermera titulada (XXXXX) calificada para ejercer medicina no es un médico. También entiendo que un(a) enfermera titulada es un graduado de un programa de capacitación certificado y está autorizado por la Junta Estatal. Bajo la supervisión de un médico, una enfermera titulada/profesional de enfermería puede diagnosticar, tratar y monitorear enfermedades agudas y crónicas, así como proporcionar atención de mantenimiento de la salud. La supervisión no requiere la presencia física de un médico supervisor. La duración de este consentimiento es indefinida y continúa hasta que se revoque por escrito. Entiendo que al no firmar este consentimiento, el paciente no recibirá atención médica excepto en caso de emergencia.					
Firma del Paciente, Padre o Guardián Legal _____ Nombre Impreso del Guardián Legal (si el paciente es menor de edad) _____					
Yo, los abajo firmantes, consiento y concedo permiso a XXXXXXXX, LLC, XXXXXXXXXX, XXX, XXXXX y sus empleados para realizar pruebas, tratamientos y cualquier procedimiento para lo anterior o para mí nombrado menor.					
AUTORIZACION					
Solicito que se haga el pago de los beneficios autorizados de Medicare, ya sea a mi nombre o en mi nombre, a XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, LLC, XXXXXXXXXXXXXXXX, XXX, XXXXX para cualquier servicio para mí por parte del proveedor. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a la Administración de Financiamiento del Cuidado de la Salud y sus agentes cualquier solicitud de firma para que se realice el pago y autorice la divulgación de la información médica necesaria para pagar la reclamación. Si el "otro seguro de salud" se indica en el punto 9 del formulario XXXXXXXX, o en otro lugar en otros formularios de reclamo de aprobación o reclamos presentados electrónicamente, mi firma autoriza la divulgación de la información a la aseguradora o agencia mostrada en los casos asignados por XXXXXXXX, el proveedor acepta aceptar la determinación de cobertura al asegurado de XXXXXXXX para pagar la cuenta, y el paciente es responsable sólo por el deducible, coseguro y servicios no cubiertos. El coseguro y el deducible se basan en la determinación de cargo del asegurado de XXXXXXXX.					
Firma del Paciente, Padre o Guardián Legal _____ Fecha: _____					