

FORMULARIO DE REGISTRACIÓN

(Favor Escribir en Letra de Molde)

INFORMACIÓN PACIENTE

(Favor entregar su identificación a la recepcionista)

Apellido(s) de Paciente:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Estado Civil (marcar uno) Soltero / Casado / Divorciado / Separado / Viuda	
¿Es su primera vez en nuestra clínica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		(otro nombre):	Fecha Nacimiento: / /	Edad: Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección:		Número de Seguro Social:	Número de Teléfono: ()	
PO Box (si aplica):	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA Y VERIFICACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

(Favor entregar su tarjeta de seguro y licencia de conducir a la recepcionista)

¿Tienes aseguranza? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nombre de Aseguranza:
Número del plan:	(Favor marcar uno) <input type="checkbox"/> Aseguranza Privado <input type="checkbox"/> TennCare <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otro

INGRESO FAMILIAR MENSUAL

Cuál es su ingreso mensual \$ _____ (Mandatorio)	Número de personas que viven en su casa:
---	--

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

¿Ha sido atendido en una clínica escolar o universidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Eres trabajador migrante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Sin Hogar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Eres Veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Eres Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Solo hablas español? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Necesitas traductor? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Cuál es su raza? <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Africano-Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Mas de una raza <input type="checkbox"/> No deseo divulgar esta información		

PERSONA RESPONSABLE

(Favor completar para los pacientes menos de 18 años)

Apellido, Primer Nombre	Relación a paciente:	# Seguro Social	Fecha de Nacimiento
-------------------------	----------------------	-----------------	---------------------

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de amigo o familiar (que no viva con usted):	Relación a paciente:	Teléfono del hogar: ()	Teléfono alterno: ()
---	----------------------	-------------------------------	-----------------------------

¿TIENES UN TESTAMENTO DE VIDA? SI NO

Si no tienes un Testamento de Vida, puede pedir más información a nuestro personal sobre este tema importante.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Certifico que la información anterior es la verdad al mayor de mi conocimiento. Yo le pido al Matthew Walker Comprehensive Health Center, Inc. que provea a mí o a mí familiar el cuidado médico, dental, o tratamiento diagnóstico. Yo comprendo que no hay garantías ni certezas acerca de los resultados de cualquier tratamiento provisto. Yo reconozco mi responsabilidad de pagar por este cuidado según los honorarios establecidos. Además, yo autorizo asignación de beneficios por cuidado medico y/o dental y los servicios asociados con mi visita a pagarse al Matthew Walker Comprehensive Health Center, Inc. Comprendo que soy responsable por cualquier cobros que no sean pagados por mi asegurador. También, yo estoy de acuerdo que si no tengo aseguranza médica, yo seré responsable por mis pagos. Afirmo que me han provisto información acerca de directivos avanzados, testamento de vida, poder de abogado durable, y la notificación de prácticas de privacidad.

Firma de Paciente/Guardian

Fecha