

Formulario de Registración de Paciente



INFORMACIÓN DE PACIENTE:

Apellido:		Nombre:		Inicial:	Fecha de Nacimiento:	
Dirección:			Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Teléfono de Casa:			No. Celular:			
Correo Electrónico:			Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	No. Seguro Social:	
Ocupación:		Empleador:		Numero de Empleador:		
Dirección de Empleador:			Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a			Nombre de Conyugue:			
Fecha de Nacimiento de Conyugue:	No. Seguro Social de Conyugue:		Empleador de Conyugue:		No. de Teléfono:	

FAVOR DE COMPLETAR SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS O UN COLEGIO DE ESTUDIANTE:

Apellido de Padre:		Nombre de Padre:		Inicial:	Fecha de Nacimiento de Padre:	
Empleador de Padre:			No. de Teléfono de Empleador de Padre:			
Dirección de Empleador de Padre:			Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Dirección de Padre:		No. Celular de Padre:		No. Seguro Social de Padre:		
Apellido de Madre:		Nombre de Madre:		Inicial:	Fecha de Nacimiento de Madre:	
Empleador de Madre:			No. de Teléfono de Empleador de Madre:			
Dirección de Empleador de Madre:			Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Dirección de Madre:		No. Celular de Madre:		No. Seguro Social de Madre:		

INFORMACIÓN DE REFERENCIA:

Nombre de Médico de Familia:	Nombre de Oftalmólogo:
¿Usted fue referido aquí hoy por cualquiera de sus médicos? ¿Si es así, quién?:	

PACIENTES DE MEDICARE QUE TIENEN PARTE B:

Numero de Medicare:	Fecha de Vigencia:
1. ¿Usted o su conyugue trabajan para una compañía que provee con aseguranza medica?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2. ¿Usted tiene derecho a Medicare por discapacidad o Enfermedad Renal de Etapa Final?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3. ¿La enfermedad o lesión es resultado de un accidente automovilístico u otra lesión?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4. ¿El tratamiento para el accidente o enfermedad ha sido autorizado por la Administración de Veterano?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5. ¿Usted tiene derecho a cualquier beneficio bajo el Programa Federal de Pulmón Negro?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

ASEGURANZA PRIMARIA

Nombre de Aseguranza:	Numero de ID:
Empleador:	Numero de Grupo:
Quien es el suscriptor:	¿Usted necesita una referencia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fecha de Nacimiento de Suscriptor:	No. de Seguro Social de Suscriptor:

ASEGURANZA SECONDARIA

Nombre de Aseguranza:	Numero de ID:
Empleador:	Numero de Grupo:
Quien es el suscriptor:	¿Usted necesita una referencia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fecha de Nacimiento de Suscriptor:	No. de Seguro Social de Suscriptor:

COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR O ASEGURANZA DE AUTÓMOVIL:

¿A dónde se debe mandar la factura?	Numero de Teléfono:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Numero de Reclamo o Política:	Fecha de Lesión:		

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Hoy: _____