

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE- POR FAVOR ESCRIBA

SOC SEC #: _____ - _____ - _____ MRN #: _____

Nombre: _____ Teléfono de la casa: _____

Teléfono del trabajo: _____ Ext: _____

Dirección: _____ Teléfono celular: _____

Ciudad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____ Edad: _____
Años _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Empleador: _____

SEXO: Masculino Dirección Femenino Dirección de Trabajo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

ESTADO CIVIL: Casado Soltero Divorciado Viudo Separado Socio

Ocupación: _____

Correo electrónico: _____ @ _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: _____

REFERENCIA ¿Quién lo refirió a nuestra clínica? (Marque la casilla) Washington Regional Medical Center comunitaria o Feria de la Salud referidos por un médico: _____ Periódico o Revista tratada por el médico en el hospital Empleador Recomendado por un amigo o miembro de la familia Internet Directorio de Plan de Seguro Condujo por la ubicación del Directorio de la Clínica Directorio Teléfono (páginas amarillas) Pacientes regreso / No Aplicable Otros: _____**ÓNYUGE / INFORMACIÓN DE LOS PADRES**

Cónyuge / Nombre del padre: _____ Celular: _____

Empleador: _____ Trabajo: _____ Ext: _____

Dirección del Trabajo: _____ Cónyuge / Padre SEXO: Masculino Mujer

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Cónyuge / Padre Fecha de Nacimiento: _____

/ / Ocupación: _____ Social Sec. #: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Contacto de Emergencia: _____

Teléfono celular: _____

Dirección: _____

Teléfono de la casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Relación con el paciente: _____

SEGURO PRIMARIA

Relación del paciente con el asegurado principal: Yo mismo Esposo Niño Otros: _____

Nombre de la compañía de seguro: _____

Dirección De Seguro : _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

ID # _____ Grupo # _____

Número de teléfono de Compañía del Seguros : _____

Nombre de Beneficiario Principal: _____

Fecha de Nacimiento de Beneficiario Principal: ____ / ____ / ____

Dirección de Beneficiario Principal: _____

Numero de Soc Sec de Beneficiario Principal. #: _____ - _____ - _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

SEGURO SECUNDARIA

Relación del paciente con Beneficiario Principal: Yo mismo Esposo Niño Otros: _____

Nombre de la compañía de seguro: _____

Dirección de compañía: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

ID # _____ Grupo # _____

Número de teléfono de Compañía de Seguro: _____

Nombre de Beneficiario Principal: _____

Fecha de Nacimiento de Beneficiario Principal: ____ / ____ / ____

Dirección de Beneficiario Principal: _____

Numero de Soc Sec de Beneficiario Principal. #: _____ - _____ - _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

INFORMACIÓN GENERAL¿Quién es el responsable de pago: Otro Yo: _____ (LLENE ABAJO)

Nombre de la parte responsable: _____

Fecha de nacimiento de responsable: _____ / _____ / _____

Relación con el paciente: Mismo Cónyuge Niño Otro SS #: _____ - _____ - _____

Dirección: _____ Teléfono #: _____

¿Alguna vez ha visto como paciente en uno de nuestros Clínicas de Washington Regionales sistema médico? Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo?? _____ / _____ / _____ Donde: _____**DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN (cónyuge, hijos, padres, etc.)**

¿Quién puede discutir con su información? Por ejemplo: temas médicas / cuidado, resultados, facturación, etc.

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Idioma preferido: Inglés Español Marshallese árabe RECHAZAR OTRA: _____Raza: Blanco Africano Americano Asían Hawaiano / Otro Isleño del Pacífico Indio Americano / Nativo de Alaska Hispano Desconocido RechazarEtnicidad (Origen): No Hispano o Latino Hispano o Latino Desconocido RECHAZARMétodo de comunicación preferido: Imprimir Guardar flash Drive RechazarAvisos bienestar: Correo teléfono celular Teléfono de la casa Teléfono del trabajo RECHAZAR

FARMACIA PREFERIDO: _____

LOCALIZACIÓN: _____

Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mi reclamo a todas mis compañías de seguros. Yo autorizo el pago directo de las prestaciones médicas para el proveedor. Yo permito que una copia de esta autorización para ser utilizado en el lugar de la original. Doy mi consentimiento para que mi foto sea tomada. Yo entiendo que soy responsable por cualquier cantidad no cubierta por el seguro. Yo permito que la transmisión de fax y electrónicos de información médica a otros proveedores de salud, abogados, o compañías de seguros que participen en mi atención. Doy mi permiso para que los mensajes que se dejaron en mi contestadora o enviado por correo electrónico. Yo, el abajo firmante, autorización y consentimiento para la prestación de atención médica, incluidos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico por miembros autorizados de Washington Regional Medical System o sus designados, como a su juicio profesional necesario para el paciente antes mencionado. Reconozco que no se han dado garantías en cuanto al efecto de tales exámenes o tratamientos. He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de la clínica. Yo permito que este servicio para obtener mi historial de medicación por vía electrónica.

X _____ Fecha: _____ / _____ / _____

Firma (paciente o padre / tutor si es menor)