

Patient Registration Form (eCW)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(Por favor escriba)

Dr. Sr. Sra. Srta.

Nombre del Paciente (Apellido) (Nombre) (Inicial) Nombre previo

Dirección

Ciudad, Estado Código Postal

Número de Teléfono Número Móvil. Numero de Trabajo Ext.

Proveedor Primario (PCP) Proveedor que lo Recomienda

Nombre del proveedor de la prestación (esta práctica) Correo Electrónico:

Fecha de Nacimiento Mes /Dia /Año Sexo F - Femenino M - Masculino Transgénero

Raza indio americano o nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Negro o afro-Americanos

Blanco Declinó

Origen Étnico Hispano o Latino No Hispano o Latino Declinó

Lenguaje Ingles Español Hindú Japonés Chino Coreano Francés Alemán Ruso Otro

Estado Civil Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a) Legalmente Otro

Número de Seguro Social Nombre del Empleador

Situación laboral 1 - Tiempo completo 2 -Ttiempo parcial 3 - Sin empleo 4 - Cuenta propia 5 - Jubilado 6 - Militar Activo

Estudiante F- Estudiante de tiempo completo P - Estudiante de tiempo parcial N - No es un estudiante

Contacto de Emergencia Apellido Nombre

Número de Teléfono ¿Tiene usted un testamento en vida? Si No

Parentesco del contacto de emergencia al paciente Guardián

Dirección

Ciudad, Estado Código Postal

Número de Teléfono Numero de Trabajo Ext.

Nombre del Proveedor que lo Recomienda

INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA RESPONSABLE (información se utilizara para las declaraciones de balance del paciente)

Persona Responsable Otro Paciente Garante Yo

Marque aquí si la información es igual a del paciente

Nombre de la Persona Responsable (Apellido) (Nombre) (Inicial)

Número de cuenta del garante Fecha de Nacimiento Mes /Dia / Año

Número de Seguro Social Teléfono

Correo Electrónico Sexo F - Femenino M - Masculino

Dirección

Ciudad, Estado Código Postal

Empleador Numero de Trabajo

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO (proporcionar su tarjeta de seguro medico al momento de anunciarse)

Compañía Aseguradora / Número de teléfono

Nombre del Asegurado(a) Relación del paciente con el asegurado

Numero ID (número de póliza) Numero ID del Grupo Cantidad de co-pago

Fecha de vigencia Fecha de vencimiento Fecha de Nacimiento Mes /Dia / Año

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIA (proporcionar su tarjeta de seguro medico al momento de anunciarse)

Compañía Aseguradora/ Número de teléfono

Nombre del Asegurado(a) Relación del paciente con el asegurado

Numero ID (número de póliza) Numero ID del Grupo Cantidad de co-pago

Fecha de vigencia Fecha de vencimiento Fecha de Nacimiento Mes /Dia Año

De acuerdo a mi mejor conocimiento, la información proporcionada en este formulario es correcta y esta actualizada.

Paciente (o Responsable) Firma Fecha