



Registración del Paciente

Nos complace darle la bienvenida a nuestra oficina. Por favor, tome unos minutos para llenar completamente el formulario. Si usted tiene alguna pregunta estaremos encantados de ayudarle.

1. Información del Paciente

Nombre _____ Apellido _____ Segundo Nombre _____
Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____ Correo Electrónico _____
Raza: _____ Etnia: _____ Idioma: _____ Es usted veterano de U.S.? _____
Sexo: Masculino Femenino Transexual Estatus Matrimonial: Soltero Casa Divorciado Viudo

2. Domicilio y Teléfono

Marque esta caja si esta información es la misma para toda la familia: Si No

_____ Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono _____
El dirección es el mismo que esta Dirección de Correo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
mencionado

3. Estatus de Empleo

Cuál es su estatus de empleo? Tiempo completo Parte de tiempo Desempleado Retirado Estudiante

_____ Ocupación _____ Nombre del Empleador _____ Domicilio del Empleador _____

4. Información del Garante

Completa esta sección si usted es el padre del paciente o es el responsable del pago de la factura.

_____ Nombre (Garante) _____ Apellido (Garante) _____ Teléfono _____
_____ Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
_____ Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____ Correo electrónico _____ Idioma _____
_____ Ocupación _____ Nombre del Empleador _____ Domicilio del Empleador _____
Relación al paciente: Usted mismo Esposo(a) Padre Tutor legal/ Conservador

5. Seguranza Primaria

Su relación al suscriptor: Usted mismo Espos(a) Hijo(a)

Nombre del suscriptor _____ Numero de Identificador del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____

Teléfono _____ Empleador _____ Compañía de Seguro _____

Nombre del Grupo _____ Número del Grupo _____ Número de Seguro Social _____

*por favor de presentar su tarjeta de seguranza a la recepcionista

6. Seguranza Secundaria

Su relación al suscriptor: Usted mismo Espos(a) Hijo(a)

Nombre del suscriptor _____ Numero de Identificador del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____

Teléfono _____ Empleador _____ Compañía de Seguro _____

Nombre del Grupo _____ Número del Grupo _____ Número de Seguro Social _____

*por favor de presentar su tarjeta de seguranza a la recepcionista

7. Contacto de Emergencia

A quien debemos de llamar en caso de emergencia?

Nombre _____ Apellido _____ Teléfono _____ Relación al paciente _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

8. Preferencia de contacto

Como le gustaría que nos contactáramos con usted sobre sus citas? Teléfono de Casa Teléfono de Trabajo Celular Email

Le gustaría recibir comunicaciones vía correo electrónico? (por ejemplo recordatorios, noticias, boletines)? Si No

Como se enteró de nosotros? _____

Su visita es debida a una lesión en el trabajo o en accidente automovilístico? Si No

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar esta factura a mi compañía de seguros, y solicitar el pago de beneficios a Rolling Hills Clinic. Reconozco que soy financieramente responsable del pago aunque no se cubierto por el seguro.

Firma del Paciente (o Tutor) _____ Fecha _____

Official Use Only:

Proof of Guardianship Received Yes No
Scanned/Copied to Chart

Signature of Witness _____ Date _____