MEDICINE

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente:_____ SSN:_____

Sexo:☐Masculino ☐Hembra Fecha de nacimiento:_____

Dirección permanente:_____ Teléfono de casa:_____¿Primario? ☐

Ciudad:_____Estado:_____Código Postal:_____ Teléfono del trabajo:_____¿Primario?☐

Email:_____ Teléfono móvil:_____¿Primario? ☐

Idioma:_____ Necesita un intérprete? ☐Si☐No

Estado civil:☐Casado☐Soltero☐Divorciado ☐Viudo Raza: ☐Hispano☐No Hispano

Carrera:☐Indio Americano/Nativo de Alaska ☐Asiático ☐Negro o Afroamericano ☐Caucásico ☐Hispano ☐Multirracial ☐Nativo de Hawai ☐Otro☐Otra isla del Pacífico☐Desconocido

Paciente investigación?☐Si☐No

Médico de cabecera (PCP) INFORMACIÓN - ¿Quién es tu médico de atención primaria?

PCP: _____ PCP Teléfono:_____

Refiriéndose Proveedor:_____ Refiriéndose Proveedor Número de teléfono:_____

EMPLEO

Estado de Empleo: ☐Tiempo completo ☐Medio tiempo☐Retirado☐Sin empleo Empleador:_____

Dirección del empleador:_____ Teléfono del empleador:_____

Ciudad:_____ Estado:_____Zip: _____ Empleador Fax:_____

PACIENTES

Información médica y de facturación puede ser liberado. Algunas situaciones pueden requerir un registro escrito de autorización.

Contacto 1:

Nombre:_____Teléfono de casa:_____¿Primario? ☐

Relación:_____Teléfono del trabajo:_____¿Primario? ☐

¿Guardián legal?☐Si☐No Teléfono móvil:_____ ¿Primario? ☐

CONTACTOS PACIENTE (cont)

Continúa en Volver

Contacto 2:

Nombre:_____Teléfono de casa:_____¿Primario? ☐

Relación:_____Teléfono del trabajo:_____¿Primario? ☐

¿Guardián legal?☐Si☐No Teléfono móvil:_____¿Primario? ☐

GARANTE CUENTA CUESTIONARIO - preguntas sobre facturación RESPONSABILIDAD

Nombre de la persona responsable del saldo final de la cuenta:_____

Relación con el paciente:☐Yo☐Esposa☐Padre☐Madre☐Otro_____

SSN:_____ Sexo: ☐Masculino ☐Mujer Fecha de Nacimiento:_____Teléfono de casa:_____

Habla a:_____ Teléfono móvil:_____

Ciudad:_____Estado:_____Código Postal:_____ Teléfono del trabajo:_____

Guardián legal:_____

SEGURO (cobertura primaria)

La cobertura (seguro) nombre:_____

¿Quién es el abonado (asegurado) para la cobertura?_____

SSN:_____Fecha de nacimiento: _____ Empleador:_____

SEGURO (cobertura secundaria)

La cobertura (seguro) nombre:_____

¿Quién es el abonado (asegurado) para la cobertura?_____

SSN:_____Fecha de nacimiento: _____ Empleador:_____

Firma:_____ Fecha:_____

Paciente o Representante Legal

Nombre impreso y la Autoridad del representante legal (si procede): _____

OSU Use Only: ESTA FORMA ES SER TABLA DEL PACIENTE ESCANEADOS