

**FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE (Llenar a mano)**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Datos demográficos del paciente</b> | <b>Nombre:</b> _____   | <b>Número de seguro social:</b> _____ — _____ — _____                        |
|  | <b>Apellido:</b> _____   | <b>Edad:</b> Años _____ Meses _____  |
|  | <b>Fecha de nacimiento:</b> _____                                | <b>Sexo:</b> Masculino _____ Femenino _____                                  |
|  | <b>Domicilio del hogar</b> _____                                 | <b>Estado civil:</b> Soltero _____ Casado _____ Viudo _____ Divorciado _____ |
|  | <b>Ciudad, Estado, CP</b> _____                                  | <b>Empleador:</b> _____  |
|  | <b>Teléfono de casa:</b> _____                                   | <b>Ocupación:</b> _____  |
|  | <b>Teléfono celular:</b> _____                                   | <b>Domicilio del trabajo:</b> _____  |
|  | <b>Correo electrónico:</b> _____                                 | <b>Teléfono del trabajo:</b> _____   |
|  | <b>Contacto de emergencia</b><br><b>Nombre y relación:</b> _____ | <b>Teléfono de emergencia</b><br><b>(otro que no sea el de casa):</b> _____  |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Información de la parte que consiente (si no es el paciente)</b> | <b>Nombre:</b> _____                   | <b>Número de seguro social:</b> _____ — _____ — _____ |
|   | <b>Apellido:</b> _____                 | <b>Edad:</b> Años _____ Meses _____                   |
|   | <b>Fecha de nacimiento:</b> _____      | <b>Sexo:</b> Masculino _____ Femenino _____           |
|   | <b>Domicilio del hogar</b> _____       | <b>Empleador:</b> _____                               |
|   | <b>Ciudad, Estado, CP</b> _____        | <b>Ocupación:</b> _____                               |
|   | <b>Teléfono de casa:</b> _____         | <b>Domicilio del trabajo:</b> _____                   |
|   | <b>Teléfono celular:</b> _____         | <b>Teléfono del trabajo:</b> _____                    |
|   | <b>Relación con el paciente:</b> _____ |   |

|                                      |   |   |
|--------------------------------------|---|---|
| <b>Información del seguro médico</b> | <b><u>Nombre de su seguro primario:</u></b> _____   | <b>Tarj. de seguro proporcionada:</b> Sí _____ No _____     |
|                                      | <b>Nombre del Asegurado:</b> _____                  | <b>ID del asegurado:</b> _____                              |
|                                      | <b>Domicilio de la aseguradora:</b> _____           | <b>Id del grupo:</b> _____                                  |
|                                      | <b>Fecha de nacimiento del asegurado:</b> _____     | <b>Proveedor de atención primaria (PCP) asignado:</b> _____ |
|                                      | <b><u>Nombre de su seguro secundario:</u></b> _____ | <b>Tarj. de seguro proporcionada:</b> Sí _____ No _____     |
|                                      | <b>Nombre del Asegurado:</b> _____                  | <b>ID del asegurado:</b> _____                              |
|                                      | <b>Domicilio de la aseguradora:</b> _____           | <b>Id del grupo:</b> _____                                  |
|                                      | <b>Fecha de nacimiento del asegurado:</b> _____     | <b>Proveedor de atención primaria (PCP) asignado:</b> _____ |

|  |  |
|--|--|
| <b>Consentimiento para tratamiento</b> | <p>Por medio del presente le doy mi consentimiento al médico asignado para que me atienda para proporcionarme los cuidados para el tratamiento médico o quirúrgico o estoy plenamente autorizado por el paciente como su representante general para dar el consentimiento para dicho tratamiento. Por medio del presente doy mi consentimiento para la divulgación de información médica a médicos consultores y a otro personal médico, según se requiera en el curso del tratamiento, hasta revocar este consentimiento por escrito.</p> |
|--|--|

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Responsabilidad financiera</b> | <p>Por medio del presente autorizo el pago directo al médico que me atienda por concepto de cualquier servicio médico/quirúrgico pagadero por mi parte bajo las condiciones de mi póliza de servicios brindados. Por medio del presente doy mi consentimiento a la(s) persona(s) autorizada(s) para la divulgación de información financiera y médica relacionada con el cuidado, tratamientos y cargos según sea necesario para completar todas las remuneraciones por los servicios. Entiendo que soy responsable financieramente ante la oficina mencionada anteriormente por los servicios brindados. En el evento de una acción de cobranza, yo seré responsable por cualquier cargo legal en el que se incurra. Estoy al tanto de que todos los montos de copagos se vencen al momento de la visita y se deben pagar antes de que los servicios sean brindados. Estoy al tanto de que soy personalmente responsable por cualesquiera y todo servicio no cubierto bajo mi plan de seguro médico, o los montos de deducibles/coaseguro que se venzan con anterioridad a la cobertura activa. Entiendo que soy financieramente responsable por cualesquiera y todo costo relacionado con pruebas de laboratorio, como parte de mi atención médica, que se proporcionen y que no estén cubiertas por mi plan de seguro médico actual. Entiendo que se emitirá una factura para mi persona por el pago de cualquier servicio no pagado/no cubierto.</p> |
|-----------------------------------|--|

|   |  |
|---|--|
| <b>Aviso de prácticas de privacidad</b> | <p>Por medio de la firma de esta forma, reconozco que se me ha dado la oportunidad de leer el aviso de prácticas de privacidad en su totalidad y que se me ha ofrecido una copia del documento. Además, reconozco y entiendo mis derechos y las formas en las que mi información médica protegida podrá o no podrá ser utilizada y/o divulgada en relación a mi estado de salud y los servicios recibidos.</p> |
|---|--|

|  |                           |                            |                             |                          |                    |  |
|--|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------|--|
| <b>¿Cómo supo de nuestra oficina?</b>                          | <b>Ferías de la salud</b> | <b>Amigos o familiares</b> | <b>Asignación de seguro</b> | <b>Búsqueda en línea</b> | <b>Referencias</b> | <b>Si fue referido, ¿quién lo refirió?</b> |
| <u>Circule el método que prefiere para que le contactemos.</u> | Texto                     | Llamada                    | Correo electrónico          | Correo                   |                    |  |

Firma del paciente / de la parte que consiente

Fecha