



REGISTRO DE PACIENTES

Pt #: \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigor: \_\_\_\_Para\_\_\_\_\_

Personal de PSS\_\_\_\_\_

Nombre del paciente/padre, tutor		Teléfono preferido	
Dirección postal		Correo electrónico	
Ciudad, Estado, Código Postal	Lugar de empleo	Número de Seguro Social del Paciente/Tutor	
Sexo al nacer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra	Género (Opcional)	Carrera (Opcional) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	

PERSONA PROPIA, CÓNYUGE Y DEPENDIENTES MENORES DE 18 AÑOS:

Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre	Fecha de nacimiento
Propio		Dependiente	
Esposo		Dependiente	
Dependiente		Dependiente	
Dependiente		Dependiente	

CONTACTOS DE EMERGENCIA (SOLO PACIENTES ADULTOS):

Nombre	Relación	Teléfono
<input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Información de la cita <input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas verbales <input type="checkbox"/> Información de facturación <input type="checkbox"/> Recogida de recetas		
Nombre	Relación	Teléfono
<input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Información de la cita <input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas verbales <input type="checkbox"/> Información de facturación <input type="checkbox"/> Recogida de recetas		

SEGURO/ESCALA MÓVIL:

<input type="checkbox"/> Seguro Médico: _____	<input type="checkbox"/> Seguro Dental: _____
<input type="checkbox"/> No tengo cobertura de seguro médico	<input type="checkbox"/> No tengo cobertura de seguro dental
<input type="checkbox"/> Estoy interesado en solicitar el <b>Programa de Descuento de Tarifa Variable de Complete Health</b> y entiendo que debo proporcionar la documentación solicitada dentro de los 10 días hábiles posteriores a la visita de hoy o se me puede cobrar el precio total de la visita de hoy <input type="checkbox"/> No tengo hogar (es decir, vivir en la calle o en un refugio como Cornerstone Rescue Mission o OneHeart) <input type="checkbox"/> Me niego a solicitar el Programa de Descuento de Tarifa Variable	
Iniciales del paciente: _____	

**REGISTRO DE MENORES (COMPLETO SOLO SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS)**

**HIJOS MENORES DE EDAD QUE SEAN PACIENTES DE SALUD INTEGRAL:**

<i>Nombre</i>	<i>Número de Seguro Social</i>	<i>Escuela</i>

**CONSENTIMIENTOS DE MENORES DE EDAD:**

*Haga una lista de las personas que, en su ausencia, pueden dar su consentimiento para cuidar a sus hijos menores de edad.*

<i>Nombre</i>	<i>Relación</i>	<i>Teléfono</i>
<input type="checkbox"/> <i>Emergencia</i> <input type="checkbox"/> Información de la cita <input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas verbales <input type="checkbox"/> Información de facturación <input type="checkbox"/> Recogida de recetas		
<i>Nombre</i>	<i>Relación</i>	<i>Teléfono</i>
<input type="checkbox"/> <i>Emergencia</i> <input type="checkbox"/> Información de la cita <input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas verbales <input type="checkbox"/> Información de facturación <input type="checkbox"/> Recogida de recetas		