

Colorado Mountain Medical

Formulario de registro de pacientes

Número de Cuenta #: _____

P A C I E N T E	Nombre del paciente: Apellido		Primer nombre (legal):		Medio inicial:	
	Dirección Postal:			Ciudad:	Estado:	Código Postal:
	Dirección Física:			Ciudad:	Estado:	Código Postal:
	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Femenina		Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)			
	Fecha de Nacimiento: DD/MM/AA		Edad:	Dirección de Correo Electrónico:		
	Número de teléfono de Casa:		Trabajo #	Ext #	Celular #	
	Empleador:				Dirección:	
	Etnia <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Reglamentada/ se negó a informe		Raza <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Reglamentada/se negó a informe		Mejor número de contacto <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo Podemos dejar mensaje Sí/No Idioma preferido: _____	
	Nombre de Farmacia:		Calle/ciudad:		Teléfono:	
	Nombre de farmacia de pedidos por correo:				Teléfono:	
Nombre del médico de familia : _____				Teléfono: _____		
Nombre de medico que lo refirió : _____				Teléfono: _____		
Nombre del contacto de emergencia : _____				Teléfono: _____		
Relación: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro						
* Por favor presentar su tarjeta de seguro y identificación a la recepcionista *						
S E G U R O	Seguro primario: _____					
	Nombre de Suscriptor: _____		Fecha de Nacimiento: _____		SSN: _____	
	Dirección de Suscriptor: _____					
	Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro					
	Seguro Secundario: _____					
Nombre de Suscriptor: _____		Fecha de Nacimiento: _____		SSN: _____		
Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro						
Se ha presentado reclamación de indemnización de los trabajadores de esta lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No en caso afirmativo, fecha de la lesión: _____						
Nombre del Seguro de trabajadores: _____ Nombre de regulador & Teléfono: _____						
* Aprobación debe ser dado por su empleador, Gerente de caso de enfermera o regulador <u>antes</u> de su cita. Citas echas sin aprobación previa serán programadas para otra fecha.						
F I N A N S A S	Persona responsable (para pacientes que son menores de 18)					
	Apellido:		Primero: (legal)		medio inicial:	
	Dirección: (si es distinta de la paciente)					
	Ciudad:		Es ta d o:	Código postal:		
	Fecha de nacimiento: _____					
Número de teléfono:			Relación al paciente: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor			