

Formulario de inscripción para pacientes

Información del paciente											
Apellido(s)		Nombre		Segundo nombre		Sufijo		N.º de Seguro Social			
Sexo (marcar) M / F		Fecha de nacimiento		Estado civil (marcar) Divorciado(a) - Casado(a) - Separado(a) - Soltero(a) - Viudo(a) - Otro				Idioma preferido			
Raza (marcar todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Rehúsa contestar						Etnia (marcar todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Múltiples <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Rehúsa contestar					
Dirección postal		Apto./Lote		Ciudad/Estado		Código postal		Teléfono: Casa () Celular () Trabajo ()			
Correo electrónico						Médico de cabecera					
Parte responsable/Padre o madre/Tutor(a) (marcar uno)						Marcar [] si es el paciente					
Apellido(s)		Nombre		Sexo (marcar) M / F		Fecha de nacimiento		¿Cuál es la relación del paciente con la parte responsable?			
Dirección postal		Apto./Lote		Ciudad/Estado		Código postal		Teléfono: Casa () Celular () Trabajo ()			
Información laboral											
Lugar de trabajo		Dirección		Ciudad/Estado		Código postal					
Información del seguro						Marcar [] si paga por cuenta propia					
Seguro primario: Marcar [] si es el mismo que el de la parte responsable				Seguro secundario: Marcar [] si es el mismo que el de la parte responsable							
Nombre de la aseguradora			Fecha de inicio			Nombre de la aseguradora			Fecha de inicio		
Nombre del asegurado/afiliado			Fecha de nacimiento			Nombre del asegurado/afiliado			Fecha de nacimiento		
¿Cuál es la relación del paciente con el asegurado?			Sexo (marcar) M / F			¿Cuál es la relación del paciente con el asegurado?			Sexo (marcar) M / F		
Dirección postal de la aseguradora		Ciudad/Estado		CP		Dirección postal de la aseguradora		Ciudad/Estado		CP	
N.º de asegurado/afiliado			N.º de grupo			N.º de asegurado/afiliado			N.º de grupo		
Portal para pacientes											
<p>Para recibir una invitación de inscripción al portal para pacientes, favor de incluir arriba una dirección de correo electrónico.</p> <p>Ventajas del portal para pacientes: Acceso en línea las 24 horas (computadora o aplicación de celular) para que los pacientes o su proveedor de cuidados designado consulten resultados o resúmenes de visitas, soliciten surtidos adicionales de medicamentos, actualicen información demográfica propia y envíen mensajes seguros directos al personal de la clínica sin tener que llamar por teléfono.</p> <p>Para rechazar la inscripción en el portal para pacientes, favor de elegir una de las siguientes opciones: _____ No estoy interesado(a) en inscribirme en el portal en este momento _____ No tengo una dirección de correo electrónico</p>											

Firma del paciente/tutor legal

Fecha

Nombre del paciente/tutor legal (letra de molde)