

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Con el fin de poder atenderlo mejor, necesitamos la siguiente información. Por favor escriba en mayúsculas.

Fecha de hoy:		Gracias por elegir ProHEALTH Care Associates.					
INFORMACIÓN DEL PACIENTE							
Apellido del paciente:		Nombre:		Inicial intermedia:	Sexo:	Edad:	Fecha de nacimiento:
Estado civil: S (Soltero) M (casado) S (Soltero) M (casado) D (divorciado) W(viudo) SEP (separado)				Idioma preferido:		Estudiante: <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Tiempo completo	
Raza: <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Dos o más razas		<input type="checkbox"/> Rechaza responder		Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispana o latina <input type="checkbox"/> No Hispana o latina <input type="checkbox"/> Rechaza responder	
Calle:		Apt. nº:	Ciudad/localidad:		Estado:	Código Zip:	Nº de teléfono de casa:
Nº de teléfono móvil:		Dirección de correo electrónica:			Nº del trabajo:		
Nombre del empleador:		Dirección:		Ciudad/localidad:		Estado:	Código Zip:
INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE							
Apellido:		Nombre:		Inicial intermedia:	Sexo:	Edad:	Fecha de nacimiento:
Nº de teléfono móvil:		Nº del trabajo:					
Empleador:		Calle:		Ciudad/localidad:		Estado:	Código Zip:
INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE							
Complete la sección de abajo con la información de sus padres, si es estudiante a tiempo completo cubierto por el seguro de salud de sus padres.							
Apellido del asegurado:		Nombre del asegurado:		Inicial intermedia:	Sexo:	Edad:	Fecha de nacimiento:
Nº de teléfono móvil:		Nº del trabajo:					
Empleador:		Calle:		Ciudad/localidad:		Estado:	Código Zip:
CONTACTO DE EMERGENCIA							
Nombre:				Relación con el paciente:			
Nº de teléfono principal:				Nº de teléfono secundario:			
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA				MEDICO QUE DERIVA			
Nombre del médico de atención primaria.				Médico que deriva (si no es el médico de atención primaria):			
Calle:				Calle:			
Ciudad, estado, código postal:		Nº de teléfono:		Ciudad, estado, código postal:		Nº de teléfono:	
Por favor, entregue el nombre/s y números de teléfono de los otros doctores que lo están tratando en este momento.							
INFORMACIÓN DE FARMACIA							
Nombre de la farmacia:		Dirección:			Nº de teléfono:		Nº de fax:

INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUDRelación del paciente con el asegurado: Asegurado Cónyuge Hijo Otros:**SEGURO PRINCIPAL**

Nombre de la aseguradora:	Dirección para reclamaciones:	Nº de teléfono:	Nº de grupo:
			Nº de Identificación:
Nombre del asegurado (si no es el asegurado, su cónyuge o padre indicado arriba):	Nº de S.S. del asegurado:		Fecha de nacimiento:

Relación del paciente con el asegurado: Asegurado Cónyuge Hijo Otros:**SEGURO SECUNDARIO**

Nombre de la aseguradora:	Dirección para reclamaciones:	Nº de teléfono:	Nº de grupo:
			Nº de Identificación:
Nombre del asegurado (si no es el asegurado, su cónyuge o padre indicado arriba):	Nº de S.S. del asegurado:		Fecha de nacimiento:

INFORMACIÓN DE INDEMNIZACIÓN LABORAL**¿El motivo de esta visita se debe a un accidente de trabajo?** Sí No **Si contestó que sí, debe completar esta sección.**

Fecha de la lesión/presentación de la enfermedad:	Nombre y dirección de la compañía aseguradora de sus empleadores:
Nº de caso WCB:	Nº de caso de aseguradora:
¿Está trabajando actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Último día trabajado:

Describa brevemente cómo y dónde ocurrió la lesión del paciente:

SIN INFORMACIÓN DE CULPABLES**¿El motivo de esta visita se debe a un accidente de vehículo motorizado?** Sí No **Si contestó que sí, debe completar esta sección.**

Fecha del accidente:	Nombre de la aseguradora:	Dirección:
Nombre del titular de la póliza:	Póliza nº:	Reclamación nº:
Relación con el asegurado: <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otros:	Tasador de siniestros:	Nº de teléfono:
¿Está trabajando actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Último día trabajado:	

Describa brevemente cómo y dónde ocurrió la lesión del paciente:

INFORMACIÓN DEL ABOGADO

Nombre del estudio jurídico:	Dirección:	Nombre del abogado que tramita el caso:	Nº de teléfono:
			Nº de fax:

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____/_____/_____