

GREATER BADEN MEDICAL SERVICES, INC.

Forma de Registro (Registration Form)

Sección I- Información del Paciente:

Número de Seguro Social del Paciente

Fecha De Hoy

Apellido

Primer Nombre

Inicial

Sufijos ej. (Sr, Jr, II)

Dirección del Paciente

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de Teléfono del Paciente (Mejor Numero para Contactarlo)

Número de Teléfono del Trabajo del Paciente o
Numero Alternativo

Hombre **Mujer**

Circule si el
paciente es

Fecha de Nacimiento
del Paciente

Si Es Aplicable – Nombre de la Persona o
la Compañía que Emplea al Paciente

E-Mail del Paciente

Indique el médico que atiende al paciente

Circule el Estado Civil del Paciente: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

Circule el Estado de Empleo del Paciente:

--trabaja tiempo completo

--trabaja tiempo parcial

--no esta empleado

--tiene negocio propio

--es retirado

--es activo militar

Circule el Estado Académico del Paciente:

--estudia tiempo completo

--estudia tiempo parcial

--no es estudiante

Si el paciente no es responsable de pagar los cargos incurridos por los servicios recibidos, favor de completar la siguiente información:

Apellido de la Persona Responsable

Primer Nombre

Inicial

Sr, Jr, II

Dirección de la Persona Responsable

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de Seguro Social de la Persona Responsable

Teléfono del Hogar de la Persona Responsable

Fecha de Nacimiento de la Persona Responsable

En caso de emergencia, favor de proveer la siguiente información:

Nombre de Persona que Podemos Llamar

Teléfono

¿Tiene el paciente un seguro (como Medicaid, Medicare, Blue Cross, etc.) que va a pagar por los servicios?

_____ Si _____ No

Si usted contesto que No, por favor ignore la sección II y complete las preguntas en la sección III.

Sección II – Información acerca del seguro de salud:

_____	<u>Usted</u> <u>Esposo/Esposa</u> <u>Hijo/Hija</u> <u>Otro</u>
Nombre de la Persona Asegurada	Circule la Relación con el Paciente
_____	_____
Nombre del Seguro de Salud	Número de Identificación
_____	_____
Nombre del Grupo	Número del Grupo

Fecha de Nacimiento de la Persona Asegurada	

Sección III – Información Adicional del Paciente:

Circule Su Raza.

Asiático Pacífico Islandés Africano Americano (No Hispano ó Latino)
Americano Indio/ Nativo de Alaska Blanco (No Hispano ó Latino)
Hispano ó Latino (Todas las razas) Mas De Una Raza

Circule su Origen Etnico

Hispano/Latino No Latino

¿Que idioma se habla en su casa? _____

Si el paciente ha venido anteriormente, tenia un nombre diferente? Si lo hizo, por favor escriba su nombre anterior. _____

¿Es el paciente Veterano? _____ Si _____ No

¿Es el paciente un trabajador emigrante? _____ Si _____ No

¿Es el paciente una persona sin hogar para vivir? _____ Si _____ No

¿Necesita el paciente alguien que le ayude con el idioma Inglés? _____ Si _____ No

Si alguien de nuestro personal tiene que hablar con usted o tenemos que mandarle información podemos:

¿Llamarle por teléfono? _____ Si _____ No

¿Dejarle mensaje por teléfono? _____ Si _____ No

¿Enviarle algo por correo? _____ Si _____ No

¿Mandarle un e-mail? _____ Si _____ No

Según mi conocimiento, la información que he ofrecido es correcta.
Entiendo que si esta información cambia, yo debo notificar al centro tan pronto me sea posible.

_____ _____
Firma del Paciente ó Persona Responsable Fecha