

Formulario de registro de pacientes adultos o que requieran atención especializada de Community Care Physicians

Fecha: _____

Número de identificación del paciente: _____
(solo para uso interno)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Número de Seguridad Social (SSN) _____ / _____ / _____ (Proporcionar su SSN es opcional. No obstante, en el caso de pacientes con determinados seguros, esta información puede ayudarnos a determinar si cumplen los requisitos para recibir determinadas prestaciones sanitarias).

APELLIDO: _____ **NOMBRE:** _____ **SEGURO MÉDICO:** _____

Nombre legal: _____ Nombre de preferencia: _____

Domicilio: _____

Dirección postal (si es diferente al domicilio, por ejemplo, si es un apartado de correos): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono particular: () _____

Teléfono laboral: () _____ Teléfono móvil: () _____ Teléfono diario de preferencia:
 Particular Laboral Móvil

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Sexo asignado en el nacimiento: Masculino Femenino

Pronombres de preferencia: Ella Él Elle Otro (especifíquelo) _____

Género: Masculino Femenino Hombre trans Mujer trans

No binario Otro (especifíquelo) _____

No sabe Prefiere no darlo a conocer

Orientación sexual: Homosexual Heterosexual Bisexual

Otro (especifíquelo) _____

No sabe Prefiere no darlo a conocer

Estado civil Soltero/a/e Casado/a/e Separado/a/e Divorciado/a/e Viudo/a/e

Correo electrónico: _____ **¿Desea participar en el portal del paciente?**
 Sí No

Se sabe que algunas afecciones médicas, como la hipertensión y la osteoporosis, pueden tener mayor incidencia en determinados grupos étnicos. Por lo tanto, le agradeceríamos que nos facilitara información sobre su raza y etnia para que podamos evaluar si corre un mayor riesgo de padecer estas afecciones.

Raza: Seleccione una.

- Indígena estadounidense o nativo/a de Alaska
- Asiático/a
- Nativo/a de Hawái y otras islas del Pacífico
- Afroamericano/a
- Caucásico/a
- Otra

Etnia: Seleccione una.

- Latino/a
- No latino/a
- Otra

Complete la página dos

Formulario de registro de pacientes adultos o que requieran atención especializada de Community Care Physicians

Idioma de preferencia: _____

Contacto en caso de emergencia: _____ Fecha de nacimiento del contacto de emergencia: ___/___/___

Teléfono en caso de emergencia: () _____ Relación con el paciente: _____

Médico/a de cabecera: _____ Médico/a que realizó la derivación: _____

Además del teléfono, ¿por qué otros canales le gustaría que nos comuniquemos con usted?

Seleccione los que correspondan.

Correo electrónico (cuando esté disponible) Mensaje de texto La oficina puede dejar un mensaje en casa

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO

(Quien se registra es también el titular del seguro)

Seguro primario: _____ Nombre de quien se registra: _____

Fecha de nacimiento de quien se registra: ___/___/___ Relación con quien se registra:

Es usted Es su cónyuge Es su hijo/a Otra _____

Copago: \$ _____ Número de identificación de la póliza: _____ Número de grupo: _____

En caso de que se trate de una póliza de Medicare, escriba su identificador de beneficiario de Medicare (11 caracteres).

Seguro secundario: _____ Nombre de quien se registra: _____

Fecha de nacimiento de quien se registra: ___/___/___ Relación con quien se registra:

Es usted Es su cónyuge Es su hijo/a Otra _____

Copago: \$ _____ Número de identificación de la póliza: _____ Número de grupo: _____

AUTORIZACIÓN PARA PAGAR PRESTACIONES AL MÉDICO/A

Autorizo la divulgación de información médica o de otro tipo que sea necesaria para tramitar las solicitudes de reembolso del seguro médico. También solicito el pago de prestaciones a mí mismo o a mi Proveedor, cuando se acepte la adjudicación.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Por la presente, autorizo a mi Proveedor a divulgar cualquier información necesaria para el desarrollo de mi tratamiento.

Firma del paciente o tutor

_____/_____/_____
Fecha