

# FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE – Por favor escribir a mano

Nombre legal (Primer, Segundo, Apellido): \_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ (Este es parte de su expediente de salud protegido y no será vendido o mal usado)

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Genero:  Masculino  Femenino Raza:  Blanco/Caucásico  Negro/Afroamericano  Other  Español Primer Lenguaje:  Inglés  Otro Ethnicity:  Hispano  No Hispano

## CONTACTO DE EMERGENCIA – Quien deberíamos contactar en caso de emergencia?

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Telefono de Casa: \_\_\_\_\_ Telefono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

## PERSONA RESPONSABLE – Padre con custodia, si el paciente es menor de 18 años de edad

Nombre legal (Primer, Segundo, Apellido): \_\_\_\_\_ ID #, DL # or SS #: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

## SEGURO DE SALUD – Puede dejar en blanco si escaneamos sus tarjetas

	Seguro Primario	Seguro Secundario
Compañía		
Numero de poliza		
Numero de grupo		
El nombre del titular de la póliza		
Relación con el paciente		

## INFORMACIÓN DE PRIVACIDAD (HIPAA)

Autorizo a Horizon Family Medicine a que este en contacto conmigo y / o a que dejen mensajes telefónicos de las siguientes maneras:

Telefono de Casa  Telefono del Trabajo  Celular  Correo Electrónico

Autorizo Horizon Family Medicine para liberar mi información médica a las personas mencionadas a continuación:

Cónyuge/Padres/Hijos (Escribir nombre): \_\_\_\_\_

Otro (Escribir nombres y relación al paciente): \_\_\_\_\_

## LEA Y FIRME ABAJO

Certifico que la información proporcionada es correcta y completa a lo mejor de mi conocimiento.

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente (or guardian legal)

\_\_\_\_\_  
 Fecha