

Forma de Registración

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente _____
Primero Medio Apellido

Número de Seguro Social _____

Fecha de nacimiento _____

Sexo al nacer (masculino o femenino) __

Dirección _____
Calle Ciudad, estado, código postal

Dirección de correo electrónico _____

Número de teléfono de casa _____

Número de teléfono celular _____

Método de Contacto Preferido

- Portal electrónico (*a través de mensajes seguros*)
 mensaje de voz correo electrónico texto

Etnicidad Hispano No-Hispano Negarse a contestar

¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

Raza

- Negro/Afroamericano Caucásico (*blanco*)
 Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático
 Nativo Americano de las Islas Pacíficas
 Nativo Hawaiano Razas Múltiples
 Negarse a contestar

Último grado de escuela completado _____

Orientación Sexual (*por favor solo marque una casilla*)

- Heterosexual
 Gay
 Lesbiana
 Bi-sexual
 Otro
 No lo sé
 Negarse a contestar

Vives en una vivienda pública Sí No

Género (*por favor solo marque una casilla*)

- Masculino
 Femenino
 Hombre transgénero (*femenino a masculino*)
 Mujer transgénero (*masculino a femenino*)
 Otro
 Negarse a contestar

esta empleado _____

Veterano Sí No

País de Origen _____

Lengua Preferida _____

Estado marital Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Nombre de la Farmacia _____

PARA NIÑOS

Nombre de la Madre/Guardián _____ Número de Teléfono _____

Nombre del Padre/Guardián _____ Número de Teléfono _____

Las personas mencionadas anteriormente pueden firmar el consentimiento para el tratamiento en nombre de mi hijo

Niño(a) vive con Madre Padre Guardián

Apellido de nombre madien de la madre _____

Firma del Paciente/Guardián

Firma del Representante Legal

Fecha

Forma de Registración

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia _____ Número de Teléfono _____

Relación con el paciente Usted Espos(a) Hijo(a) Otro (por favor especifique) _____

INFORMACION FINANCIERA/SEGURO

(por favor facilite su tarjeta de seguro médico al recepcionista)

Nombre de la persona responsable por la factura _____ Fecha de nacimiento _____

Número de Seguro Social _____ Número de Teléfono _____

Dirección _____
Calle Ciudad, Estado, Código Postal

Ingresos del hogar \$ _____

Anual Mensual Semanal Quincenal

Número de Dependientes

espos(a) /niños menores de 18

Seguro Primario _____ Nombre del Asegurado _____ Número de Póliza _____

Seguro Secundario _____ Nombre del Asegurado _____ Número de Póliza _____

Relación del paciente con el asegurado Usted Espos(a) Hijo(a) Otro (por favor especifique) _____

Complete a Continuación SOLO Para Seguro Privado

Nombre del Empleador

Número de Teléfono del Empleador

Grupo #

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

La persona(s) menciona abajo pueden recibir informacion de tratamiento de paciente listado.

Name _____ Relation to patient _____ Phone Number _____

Name _____ Relation to patient _____ Phone Number _____

Name _____ Relation to patient _____ Phone Number _____

***las personas mencionadas anteriormente NO pueden firma el consentimiento de tratamiento, en nombre de me hijo(a).**

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO Y AVISO DE PRIVACIDAD

La información anterior es verdadera al alcance de mi conocimiento. Por la presente, doy mi consentimiento a Optimus Health Care y a sus proveedores médicos para cualquier evaluación médica y tratamientos necesarios.

Reconozco que he revisado Optimus Health Care

Aviso de práctica de privacidad

Poliza de incumplimiento de citas y,

Declaración de derechos del paciente en el idioma de mi entendimiento

También entiendo que puedo solicitar otra copia en cualquier momento. Autorizo a Optimus Health Care, Inc. o compañía de seguros a revelar cualquier información requerida para procesar mis reclamos. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo adeudado, independiente del seguro o las adaptaciones de terceros.

Firma del Paciente/Guardián

Firma del Representante

Fecha