

YOUR DOC'S IN PATIENT REGISTRATION FORM (all clinics)*SPANISH*

Fecha: _____

Como le podemos ayudar hoy? _____

Es su tratamiento debido a: Accidente de Vehículo Accidente de Trabajo Ninguno fecha de accidente: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/_____

Nombre: (Apellido) _____ (Primer) _____ (Segundo) _____

Sexo Hombre Mujer # de Seguro Social (necesitado para accidente de trabajo): _____ - _____ - _____

Nombre de Soltera (si appicable) _____

Direccion: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Correo Electrónico Personal: _____

Correo Electrónico para recibir información en su Portal Médico: _____

Doctor Primario (PCP): _____ Localizacion _____

Nosotros le mandaremos la información sobre esta visita a su doctor primario

de casa: () _____ # de celular: () _____ # de trabajo: () _____

Cual es su número preferido?: Casa Cel Trabajo Si no lo podemos contactar, le podemos dejr un correo de voz? Yes No

Lenguaje Preferido: Ingles Espanol Hindu Chino Koreano Otro _____

Rasa: (todo lo que aplica) Indígena Asiático Negro/Africano Americano Hawaiano/Nativo Pacífico Caucásico No quiero declarar

Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino No quiero declarar

Contacto de Emergencia: _____ Relación al Paciente: _____

Numero telefonico: () _____

Communication Confidencial de Información de Salud Personal [Por favor indique el individuo(s) (aparte de si mismo o un menor), autoriza hablar con nosotros de su salud, diagnóstico, y finanzas]

Nombre: _____ Relación: _____ Iniciales: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Iniciales: _____

Empleador: _____

Contacto de Empleador: _____ Contacto de Empleo #: _____

Seguro de Compensación del Trabajador (si fue un accidente de trabajo): _____

de reclamacion: _____ Adjustor: _____

Adjustor tel#: _____

Seguro Primario: _____ Preferencia de Laboratorio: Labcorp Quest Ninguno

Nombre del tomador del seguro (si no es el paciente): _____ Sexo (si no es el paciente): Hombre Mujer

Direcion del tomador del seguro (si no es el paciente): _____

Relación (al paciente): Yo Esposo/a Hijo Otro

Empleador (si no es el paciente): _____ Fecha de Nacimiento (si no es el paciente) : ___/___/_____

Seguro Secundario: _____

Nombre del tomador del seguro (si no es el paciente): _____ Sexo (si no es el paciente): Hombre Mujer

Direcion del tomador del seguro (si no es el paciente): _____

Relación (al paciente): Yo Esposo/a Hijo Otro

Empleador (si no es el paciente): _____ Fecha de Nacimiento (si no es el paciente) ___/___/_____

Como se enteró de nosotros ? Famia Amigo Relativo Doctor Primario TV Empleador Delmar billboard Rte. 13 Carroll St cerca de curva S Chincoteague billboard New Church billboard Rte 50 Berlin billboard Sitio Web Paciente ya existente

FOR OFFICE USE ONLY

	DUE	PAID			
Bay Area	\$ _____	_____	CA	CC	CK# _____
Current Balance	_____	_____	CA	CC	CK# _____
YDI staff initials	Copay	_____	CA	CC	CK# _____
	Self Pay deposit (circle)	\$100 (Pocomoke clinic only) \$150	CA	CC	CK# _____