



PATIENT REGISTRATION – DEMOGRAPHICS
(Spanish)

Assigned UA Physician

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido		Primer Nombre		Inicial
Núm. Social	Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de Nacimiento	Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	
Domicilio				Apt.
Ciudad		Estado	Código Postal	
Preferencia de Contacto: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Email	Tel. Casa ()	Tel. Trabajo ()	Tel. Celular ()	Correo Electrónico
Nombre del Medico que lo Refirió y su Numero de Teléfono ()		Su Medico Particular/Familiar		Compañía de Trabajo <input type="checkbox"/> n/a

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre	Relación al Paciente: <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro	Núm. <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> cel. <input type="checkbox"/> trabajo ()	Núm. <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> cel. <input type="checkbox"/> trabajo ()
--------	---	--	--

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Nombre	Relación al Paciente: <input type="checkbox"/> Padre/Guardián <input type="checkbox"/> D.P.A <input type="checkbox"/> Otro	Núm. <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> cel. <input type="checkbox"/> trabajo ()	Núm. <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> cel. <input type="checkbox"/> trabajo ()
Domicilio			Apt.
Ciudad		Estado	Código Postal

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Seguro Medico <i>Principal</i> <input type="checkbox"/> sin seguro o deseo pagar por contado		Seguro Medico <i>Secundario</i> <input type="checkbox"/> Ninguno	
<input type="checkbox"/> Póliza Privada <input type="checkbox"/> Póliza de Grupo (Trabajo) <input type="checkbox"/> Tricare (ChampUS) <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Plan de Indemnidad <input type="checkbox"/> Workman's Comp <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Póliza Privada <input type="checkbox"/> Póliza de Grupo (Trabajo) <input type="checkbox"/> Tricare (ChampUS) <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Plan de Indemnidad <input type="checkbox"/> Workman's Comp <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otro	
Nombre de Seguro Medico/Plan		Nombre de Seguro Medico/Plan	
Núm.de Póliza/Identificación		Núm.de Póliza/Identificación	
Núm. De Grupo <input type="checkbox"/> n/a		Núm. De Grupo <input type="checkbox"/> n/a	
Núm. de Reclamación <input type="checkbox"/> n/a		Núm. de Reclamación <input type="checkbox"/> n/a	
Nombre del Subscriber <input type="checkbox"/> Paciente=subscriber		Nombre del Subscriber <input type="checkbox"/> Paciente=subscriber	
Fecha de Nacimiento del Subscriber	Núm. de Seguro del Subscriber	Fecha de Nacimiento del Subscriber	Núm. de Seguro del Subscriber

INFORMACION ADICIONAL

¿Es usted residente en un asilo de ancianos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si su respuesta es Si, el paciente debe venir acompañado)	¿Esta usted recibiendo cuidados médicos en casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre del lugar de residencia	Nombre y numero de su farmacia
Núm. de Teléfono del asilo de ancianos ()	Si consigue sus medicamentos por correo, ¿cual es el nombre de la compañía?

Firma Del Paciente/Padre: _____ Fecha: _____