

MANASSAS PRIMARY CARE & TRAVEL CLINIC

FORMA DE REGISTRO DE PACIENTE

Fecha:			PCP:		
INFORMACION DE PACIENTE					
Apellido:		Primer nombre:		Segundo nombre:	
<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Ms		Estado civil (circular uno)		Fecha de Nacimiento:	Eda:
Soltero / Casado / Div. / Sep. / Viudo		/ /	/ /	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dirección actual:			Numero de seguro social:		Numero de teléfono: ()
P.O. box:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Ocupación:		Empleador:			Numero de teléfono del Empleador: ()
Razón por escoger el Dr./Referido por clínica (por favor cheque una caja):			<input type="checkbox"/> Dr.		<input type="checkbox"/> Plan de seguro
<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Cerca del trabajo/casa		<input type="checkbox"/> Paginas amarillas	<input type="checkbox"/> Otro
Otro familiares vistos aquí:					

INFORMACION DE SEGURO					
(Por favor dar su tarjeta de a seguridad a la recepcionista.)					
Persona responsable por el cobro:		Fecha de Nacimiento: / /	Dirección (si es diferente):		Numero de teléfono: ()
¿Esta persona es paciente aquí? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
Ocupación:	Empleador:	Dirección de empleador:			Numero de teléfono del Empleador: ()
¿Este paciente esta cubierto por la seguridad? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
Nombre del suscriptor:		Fecha de Nacimiento: / /	Numero de grupo:	Numero de póliza:	Co-pago: \$
Relación del paciente al suscriptor:		<input type="checkbox"/> Mismo	<input type="checkbox"/> Esposo	<input type="checkbox"/> Otro	
Nombre de segunda seguridad (si tiene):		Nombre del suscriptor:		Numero de grupo:	Numero de póliza:
Relación del paciente al suscriptor:		<input type="checkbox"/> Mismo	<input type="checkbox"/> Esposo	<input type="checkbox"/> Otro	

EN CASO DE EMERGENCIA			
Nombre de Amigo cercano o familiar:		Relación al paciente:	Numero de teléfono: ()
			Numero de trabajo: ()
<p>La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo a mis beneficios de seguro sean pagados directamente al médico. Yo entiendo que soy financieramente responsable de cualquier balance. También autorizo a Manassas Primary Care o compañía de seguros para liberar toda la información necesaria para procesar mis reclamos.</p>			
Firma de paciente		Fecha	

