

Informacion de registro del paciente

Paciente Apellido: _____ Paciente Nombre: _____ MI: _____

Nombre anterior: (*ensucaso*) _____

Direccion postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono de la casa: _____ Celular: _____ Telefono de trabajo: _____ Ext: _____

Correo Electronico: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguridad Social: _____

Sexo: Masculino Mujer Desconocido **S.O./G.I.:** Masculino Mujer Desconocido

Orientacion Sexual: Lesbiana, gay u homosexual Recto o heterosexual Bisexual No sepa Elija no divulgar
 El algo mas, describe por favor

Identidad de Genero: Masculino Mujer Hombre del varon/transporte del Hembra-a-Varon (FTM)/Transgender
 Mujeres de la hembra/transporte de la Varon-a-Hembra (MTF)/Transgender Genderqueer, ni exclusivamente varon ni hembra
 Elija no divulgar Transgender La categoria adicional u otra del genero, especifica por favor

Parte Responsable Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relacion: _____
(*Garante*) *Apellido Nombre (Garante)*

Contacto de emergencia: _____ Relacion: _____

Direccion: _____ Telefono: _____

Estado Civil: Divorciado Casado Socio Solo Desconocido Separado legalmente

Lengua primaria: _____ Es un traductor necesitado: Si No

Carrera: Indio EE.UU. o Alaska Asiatico Nativo de Hawai u otras islas del Pacifico Negro o afroamericano
 Blanca Otra Raza Otras Islas del Pacifico Declino especificar

Etnia: Hispano o Latino No Hispano o Latino Declino especificar

Divulacion de informacion (HIPAA forma firmado): Si No Consentimiento de la historia de RX: Si No

Directorio Anticipado: N/A (not applicable) No Si

Empleo: A tiempo completo A tiempo parcial Sin empleo Independiente Retirado El servicio military active
 Desconocido

Estado del Estudiante: Jornada completa No es un estudiante a tiempo parical

SEGURO

Seguro Primario: _____ Numero de poliza: _____

Nombre del Asegurado: _____ Relacion paciente con el asegurado: _____

Seguro Secundario: _____ Numero de poliza: _____

Nombre del Asegurado: _____ Relacion paciente con el asegurado: _____

Paciente Apellido: _____ **Paciente Nombre:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Nombre alternative del paciente, en su caso (apellido, nombre, inicial): _____

Nombre del asegurado alternative, en su caso (apellido, nombre, inicial): _____

FARMACIA (Por favor, incluya farmacias puede usar e indicar cual es su farmacia primaria)

Nombre y Direccion de Farmacia: _____ Primaria? Si No

Nombre y Direccion de Farmacia: _____ Primaria? Si No

INFORMACION ADICIONAL

Address: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____
(si es diferente de la direccion postal)

Nombre del empleador: _____ Direccion del empleador: _____

Como supiste de nosotros? Cartelera Evento de la comunidad Instalacion de confinamiento Consultorio Medico
 Paso Empleador Familia Amigo Departamento de Salud Feria de la Salud Hospital Seguros Serivios/Sociales
 Internet Periodico Hogar de ancianos Programa de divulgacion Directorio telefonico Tarjeta postal
 Inmuebles de empresa Escuela Otro (especifique) _____

Veterano: Si No **Trabajo Agricola de temporado:** Si No **El trabajo agricola migrante:** Si No **Sin hogar:** Si No

En caso afirmativo, estado sin hogar: Desconocido Calle Duplicar Vivienda de Transicion Refugio para indigentes
 Otro

Vivienda Publica: Si No **Limitado del Ingles al hablar, escribir o comprender:** Si No

CONTACTOS ADICIONALES

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: _____

Consentimiento y Acuerdo de Responsabilidad Financiera

Yo / Nosotros doy permiso del Norte Florida Medical Center Inc. (NFMC) para el tratamiento de mí y / o mi hijo / protegido por cualquier enfermedad o lesión que me / nos puede encontrar. Yo / Nosotros por la presente autorizo NFMC de proporcionar toda la información sobre mi historial médico, el diagnóstico y el tratamiento de mí o mi hijo (si es aplicable) a una compañía de seguros con respecto a mis solicitudes de beneficios. Sin embargo, si dicho aseguradora no cumple con esta obligación en su totalidad o en parte, o si soy no asegurada, yo / nosotros de acuerdo en ser responsable de la tarifa y el costo implicados en el tratamiento del paciente antes mencionado. Yo / Nosotros autorizo el pago de beneficios médicos a NFMC y acepto que debo recibir pagos directamente de cualquiera de las empresas de seguros de los servicios facturados en mi nombre por el centro, que voy a convertir esos pagos a NMFC inmediatamente. También entiendo que si mi cuenta tiene que ser referido a una agencia de colección que soy responsable de todos los honorarios y costos incurridos en el mismo. Yo / Nosotros por la presente autorizo NFMC a actuar en mi nombre en el acceso a mis registros médicos cuando y si es necesario.

Firma curso de la vida del paciente o /padre tutor legal

Nombre del paciente (Imprimir) y fecha