



FORMA DE REGISTRACION DE PACIENTES

Fecha _____

Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____

Seguro Social: _____ Fecha de Nascimento: _____

Genero: Masculino Feminino

Estatu Matrimonial: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a) Emancipated Minor
 Otro

Es usted un estudiante? Si No Si si, Tiempo Completo Tiempo Parcial

Estado De Empleo:

Tiempo Completo Tiempo Parcial Desempleado Un mismo empleado Retirado Deber Militar
 Desconocido

Guarda (garante), si el paciente tiene menos de 18 anos: _____

Relacion al paciente: _____ Telefono: _____

Direccion del guarda: _____

Renta de casa total: _____ Numero total de los miembros de la familia: _____

Direccion de Paciente: _____

Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

Raza/Etnico: Negro/Afro- Americana Asiatico Blanco(a) Hispano/Latino Indio Americano Hawaiano
Nativo Isleno Pacifico Otro, especifique por favor _____

Pais de Nacimiento: Estados Unidos Brazil Portugal Puerto Rico Republica Dominicana Albania
 Otro, especifique por favor _____

Telefono de Paciente #: _____

Nombre de persona que se pueda llamar en caso de emergencia: _____ Telefono de persona: _____

Cuidado Primario/Abastecedor Generalmente: _____

Lenguaje primario: Ingles Espanol Portugues Otro, especifique por favor _____

Nivel mas alto de educacion completado: _____

Informacion Residencial: Alquilo Dueno de casa No tengo donde vivir Otro, especifique por favor_____

Si no tengo donde vivir: transitorio el doblar para arriba calle abrigo otro

Nombre Primario Del Seguro: _____ Numero Primario Del Seguro : _____

Suscriptor Primario Del Seguro (si no paciente)

Nombre: _____

Numero de Seguridad Social de Suscriptor Primario Del Seguro #: _____

Nombre Secundario del Seguro: _____ Numero Secundario del Seguro: _____

Suscriptor Secundario del Seguro (si no paciente)

Nombre: _____

Numero de Seguridad Social de Suscriptor Secundario Del Seguro: _____

Lea por favor el siguiente cuidadosamente antes de firmar:

- Estoy de acuerdo a que North Shore Community Health Inc. (NSCH, Inc) y mi proveedor de cuidado medico, de informacion a mi compania de seguro para determinar sobre mis beneficios medicos.
- Doy permiso a NSCH, Inc para submitir informacion de mi archive medico, a mi compania de seguro, Medicare o otros programas de seguro para pagos y otros asuntos relaciondos a mi salud.
- Estoy de acuerdo que mi seguro medico, Medicare, o otros programma de pagares les hagan pagos directamente a NSCH, Inc.
- Entiendo que soy responsable a pagar todos co pagos, y deductibles, que son cubiertos por mi seguro medico.
- Yo autorizo a la Clinica NSCH, Inc de dar informacion al Hospital North Shore Medical Center a cerca di mi archive medico para permitir la coordinacion de mis servicios medicos.

Firma _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____