



FORMULARIO DE REGISTRAR DO PACIENTE

Data _____

Sobrenome _____ Nome _____ Inicial do nome meio _____

Seguranca Social: _____ Data de Nascimento: _____

Genero: Masculino Feminino

Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a) Viuvo(a) Separado(a) Emancipated Minor Outra

Voce e um estudante? Sim Nao Se, sim Tempo Integral Meio Perodo__

Estado De Emprego:

Tempo Integral Meio Perodo Desempregados O Mesmo Empregou Aposentado Dever Militar
 Desconhecido

Responsavel, caso o paciente seja menor de 18 anos de idade _____

Relacao/Parentesco come paciente: _____ Telefone: _____

Endereco/Rue do Responsavel: _____

Renda da casa total: _____ Numero total dos membros da familia: _____

Endereco/Rua do Paciente: _____

Cidade _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Raca/Etnico: Negra/Afro- Americana Asiatica Branca Hispano/Latino Indio Americano Hawaiano Nativo
 Ilhas do Pacifico Outra, especifique por favor _____

Pais do Nascimento: Estados Unidos Brasil Portugal Puerto Rico Republica Dominicana Albania
 Outra, especifique por favor _____

Telefone do Paciente #: _____

Nome do pessoa para contato caso de emergencia: _____ Telefone do pessoa: _____

Cuidado Preliminar/Abastecedor Geralmente: _____

Lingua Oficial: Ingles Espanhol Portugues Outra, especifique por favor _____

Escolaridade: _____

Residencia: __Alugart __Propia __Desabrigado __Outra, especifique por favor _____

Desabrigado: __transional __dobrar acima __rua __abrigo __outra

Nome Preliminar Do Seguro: _____ Numero Preliminar Do Seguro : _____

Subscritor Preliminar Do Seguro (se voce nao e paciente)

Nome: _____

Numero do Seguranca Social do Subscritor Preliminar Do Seguro #: _____

Nome Secundario Do Seguro: _____ Numero Secundario Do Seguro: _____

Subscritor Secundario Do Seguro (se voce nao e paciente)

Nome: _____

Numero do Seguranca Social Do Subscritor Secundario Do Seguro: _____

Leia por favor o seguinte com cuidado antes de assinar:

- Eu concordo e permite que North Shore Community Health, Inc (NSCH, Inc) e meu medicaõ forecam informacoes a minha segudora de saude, a fim de sejam determinados quais sao os meus beneficos.
- Eu concordo que NSCH, Inc submeta informacoes de meus registros medicaos para minha seguradors, "medicare", ou outros programs de reembolso para pagamentos e assuntos relativos a suade.
- Eu concordo que minha seguradora de suade, "medicare", ou outros programas de reembolso, eftuem pagamentos diretamente a NSCH, Inc.
- Eu entendo que sou responsavel pelo pagamento de todos as minhas despesas, co-pagamentos e deduces que nao sejam cobertos por minha segurdora de saude, "medicare", ou outros programas de reembolso.
- Eu autorizo NSCHC, Inc para liberar minha informacao medica ao centro medico de North Shore Medical Center para permitir a coordenacao de meus services do cuidado de saude.

Assinatura _____ Data _____

Testsmunho/a _____ Data _____