

Formulario de registro de pacientes

Patient Registration Form

| | | | |
|---|--|---|---|
| Información del paciente | Información del paciente (Patient Information) | | |
| | Apellido: <small>Last Name</small> | | Nombre: <small>First Name</small> |
| | Dirección Postal: <small>Mailing Address/Apt#</small> | | Apartamento: <small>Apartment</small> |
| | Ciudad/estado/código postal: <small>City/State/Zip</small> | | |
| | Teléfono de casa: <small>Home Phone</small> | Teléfono celular: <small>Cell Phone</small> | Teléfono del trabajo: <small>Work Phone</small> |
| | Método preferido para recibir llamadas de cortesía y otras mensajes electrónicos: <small>Preferred Method of Contact for reminder calls (Please select only one option) <input type="checkbox"/>Voz <input type="checkbox"/>Texto <input type="checkbox"/>Email</small> | | |
| | Si voz, favor de indicar el numero preferido: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <small>Please select preferred number: <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work</small> | | Email: |
| | Fecha de nacimiento: <small>Date of Birth</small> | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | Médico familiar o pediatra: <small>Family Physician or Pediatrician</small> |
| | Estado civil: <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <small>Marital Status: <input type="checkbox"/> Decline <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Widowed</small> | | |
| | Nombre del empleador: <small>Employer Name</small> | | Contacto de emergencia: <small>Emergency Contact Name</small> |
| Teléfono del contacto de emergencia: <small>Emergency Contact</small> | | Relación con el paciente: <small>Relationship to Patient</small> | |
| Nombre | | | |
| Información adicional | Información adicional (Additional Information) | | |
| | How did you hear about us? | | |
| | Race: <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar/Decline <input type="checkbox"/> Hispano/Hispanic <input type="checkbox"/> Blanco/White <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Other / Otro | | Etnia (marque una)/Ethnicity: <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar/Decline <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Non-Hispanic |
| | ¿Podemos dejar un mensaje sobre su atención médica y resultados de las pruebas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <small>Can we leave a message regarding your medical care & test results?</small> | | |
| Ubicación y nombre de farmacia preferida: <small>Preferred Pharmacy Name & Location</small> | | | |
| Membership (MCP) & Payment | Membership Care Program (MCP) & Payment | | |
| | I am joining the Membership (MCP) today <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (fee will be charged as a non-member) Pay the membership fee in full today <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Pay the membership fee in 30 days <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No *Pay the membership fee in 90 days <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (Recovery Fee of \$50 will be added to your membership fee) | | Membership Fee to join the MCP <input type="checkbox"/> \$1,000 (age 7-up, per year, per member) <input type="checkbox"/> other _____ *Please review and sign the Terms and Conditions agreement to join the Membership Care Program. |
| RESPONSABILIDAD FINANCIERA | | | |
| Entiendo y acepto que soy financieramente responsable por el pago de todos los gastos incurridos que no sean pagados por el seguro o por los beneficios de cuidado médico, incluyendo cualquier y todo producto o servicio prestado a mí que no sean elegibles para el pago (no cubiertos) bajo los planes de salud médica, Medicare, Medicaid u otro seguro o pagadores (por ejemplo, los servicios prestados por los proveedores de atención de salud que no participan en mi plan de seguro). Los servicios no cubiertos también pueden incluir aquéllos servicios que mi médico determine son médicamente necesarios, pero más tarde se determinan innecesarios por el pagador. | | | |

Firma del paciente o representante legal del paciente _____ Fecha: _____
Signature

He revisado una copia del Aviso de confidencialidad de St. Joseph Primary Care's _____ (Iniciales)

I have reviewed a copy of St. Joseph Primary Care's Privacy Notice. / initials