

Formulario de registro del paciente

Completar en letra de imprenta

Información del paciente				
Apellido		Primer nombre		Inicial del segundo nombre
Apodo		Número de Seguro Social	Dirección de correo electrónico	
Fecha de nacimiento	Edad	Sexo en el momento del nacimiento <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se niega a contestar		
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Legalmente separado				
Situación laboral <input type="checkbox"/> Trabajo de tiempo completo <input type="checkbox"/> Trabajo de tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Trabajador independiente <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Militar				
Veterano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a contestar				
Estado de trabajo temporal/de migrante <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a contestar				
Dirección postal Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____				
Dirección física (si es diferente) Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____				
Teléfono principal <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular (____) ____ - ____ ¿Se puede dejar mensajes a ese número? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Preferido				
Teléfono adicional <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular (____) ____ - ____ ¿Se puede dejar mensajes a ese número? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Preferido				
Teléfono laboral (____) ____ - ____ ¿Se puede dejar mensajes a ese número? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Preferido				
Información de la parte responsable/tutor (si es diferente al paciente o es menor de 18 años)				
Nombre		Número de teléfono (____) ____ - ____	Relación con el paciente	
Dirección Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____				
Información de contacto de emergencia				
Nombre		Número de teléfono (____) ____ - ____	Relación con el paciente	
Dirección Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____				
¿Es el tutor legal de contacto de emergencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

Información del seguro	Seguro principal	Seguro secundario	Tercer seguro
Nombre de la aseguradora:			
Dirección de la aseguradora:			
Nombre del suscriptor:			
Número de identificación:			
Número del grupo:			
Proveedor de atención primaria			
Nombre y apellido		Número de teléfono (____) ____ - ____	
Nombre de la clínica		Número de fax (____) ____ - ____	
Proveedor que deriva			
Nombre y apellido		Número de teléfono (____) ____ - ____	
Nombre de la clínica		Número de fax (____) ____ - ____	
Farmacia preferida			
Nombre		Número de teléfono (____) ____ - ____	
Dirección		Número de fax (____) ____ - ____	
Laboratorio preferido			
Nombre		Número de teléfono (____) ____ - ____	
Dirección		Número de fax (____) ____ - ____	
Información adicional			
Southwest CARE Center ofrece asistencia para solicitar la cobertura de Medicaid de Nuevo México y proporciona una escala variable de tarifas para personas cuyos ingresos se encuentran por debajo del 200 % del nivel de pobreza federal.			
¿Desea hablar con un especialista en requisitos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Tiene una directiva anticipada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si su respuesta es sí, presente una copia de su directiva en su próxima cita).			
<input type="checkbox"/> Me niego a compartir la información que aparece a continuación			
Raza:			
<input type="checkbox"/> Nativo de América del Norte o de Alaska			
<input type="checkbox"/> Asiático			
<input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Otra raza asiática <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Vietnamita			

Entiendo que soy responsable de todos los montos que no pague mi compañía aseguradora. También entiendo que el pago, el copago y los deducibles de todos los servicios administrativos deben pagarse en el momento en que se brindan los servicios. Los pagos por los servicios prestados que reciba deben realizarse dentro de los 30 días. Solicito y autorizo el cuidado ambulatorio, según consideren necesario o recomendable mi médico o su asistente o persona designada. Además, comprendo que Southwest CARE Center no es responsable de ningún servicio complementario (como análisis de laboratorio y radiología) solicitado por nuestros médicos.

Derivaciones:

Si mi compañía aseguradora (que incluye Medicaid) exige una derivación, es mi responsabilidad obtener esta derivación de mi médico de atención primaria antes de mi primera consulta médica. En el caso de que elija realizar una consulta sin la derivación correspondiente, entiendo que seré responsable de todos los cargos asociados con los servicios prestados.

Servicios de farmacia:

Southwest CARE Center ofrece servicios de farmacia. Entiendo que no tengo la obligación de utilizar estos servicios.

Participación del equipo multidisciplinario:

Southwest CARE Center utiliza un enfoque de equipo multidisciplinario para brindar atención médica y servicios. La información médica o social pertinente a su cuidado podría ser divulgada a las distintas disciplinas.

Contacto de emergencia:

Entiendo que, en el caso de una emergencia, se podría notificar a la persona de contacto que indiqué en este formulario.

Por medio de la presente, reconozco la declaración de entendimiento de lo siguiente: el consentimiento para recibir tratamiento, la asignación de beneficios, el acuerdo financiero, las derivaciones, los servicios de farmacia, la participación del equipo multidisciplinario y el contacto de emergencia.

Nombre en letra imprenta

X _____
Firma del paciente o tutor legal

Fecha

Si no está firmado por el paciente, indique su relación con el paciente: _____