

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Fecha:

Que nombre deseo que me llamen:

Para completar el informe, si tiene seguro, ¿qué sexo figura en sus archivos?

Mujer Hombre

Nombre como aparece en su tarjeta del seguro:

Dirección: Departamento/unidad:

Ciudad: Estado: Código postal: Fecha de nacimiento: / /

Correo electrónico: N.º de Seguro social:

Ocupación: Teléfono del trabajo:

¿Está bien dejar un mensaje de voz confidencial? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué número? Hogar Celúla Trabajar

¿Le gustaría recibir mensajes de texto de nuestro consultorio? Sí No

¿Le gustaría registrarse en nuestro portal para pacientes? Sí No

Contacto de emergencia: Relación: Teléfono:

Idioma preferido: Inglés Español ¿Se requiere intérprete? Sí No

Etnia: Se rehúsa indicar Hispano o latino/español Ni hispano ni latino

Raza: Se rehúsa indica Nativo americano o de Alaska Asiático Caucásico

Negro o afroamericano Otro

Médico de atención primaria: Teléfono:

Farmacia preferida: Dirección : Teléfono:

Laboratorio preferido: Ubicación: Teléfono:

Fuente de derivación: Personal Amigo o familiar Nombre del médico:

Otro:

Información del seguro primario: (solicitaremos una copia de sus tarjetas de seguro y una identificación con foto)

Aseguradora: N.º de identificación: N.º de grupo:

Nombre del suscriptor: Personal Otro..... Relación:

.....

Información del seguro secundario:

Aseguradora: N.º de identificación: N.º de grupo:

Nombre del suscriptor: Personal Relación:

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN:

Mi identidad de género:

- Mujer
- Hombre
- Mujer transgénero
- Hombre transgénero
- Género no conforme
- Género queer
-
- No indicar

Mi sexo asignado al nacer:

- Mujer
- Hombre
- Intersexual
-
- No indicar

Mi orientación sexual:

- Lesbiana
- Gay
- Homosexual
- Bisexual
- Heterosexual
- Asexual
- Pansexual
- En cuestión
- No indicar
-

Mis pronombres son:

- Ella
- Él/Su
- Ellos/Suyos
- Ze/Hir/Hirs
-

Mi estado civil:

- Soltero/a
- Casado/a
- En pareja
- Divorciado/a
- Separado/a
- Viudo/a
- No indicar

Mi situación de vivienda:

- Alquiler
- Vivienda propia
- Vivo con un amigo/familia
-

La información indicada es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente al médico. Entiendo que esto no es una garantía de pago y que soy financieramente responsable de cualquier saldo pendiente. También autorizo a **MoZaic Care** o a mi compañía de seguros a divulgar la información requerida para procesar mis reclamos.

Nombre legal de la paciente:

Firma de la paciente: **Fecha:**

Firma de padre, madre o tutor: Fecha:

El padre, la madre o el tutor deben firmar si la paciente es menor de 18 años de edad, excepto si la paciente es una menor emancipada.