

GEORGETOWN MEDICAL CLINIC

Formulario Para Registracion del Paciente

Paciente Nuevo ___ Paciente Establecido ___ Doctor(a) _____ Hora/Cita: _____ Fecha: _____

Informacion del Paciente	Nombre del Paciente: _____			
	Apellido	Primer Nombre	(inicial) Segunda	
	Direccion: _____			
	Calle	Ciudad	Estado	Codigo
	Numero de telefono de la casa: _____ Numero celular: _____ Numero de telefono de trabajo: _____			
	Fecha de nacimiento: _____ <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Estado Marital Status: _____			
SSN: _____ Lugar de Trabajo: _____ Estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Direccion de correo electronico: _____				
Farmacia: _____ Numero de telefono _____ Localidad: _____				

Contacto en caso de Emergencia	Nombre: _____		Relacion: _____	
	Direccion: _____			
	Numero de telefono de la casa: _____		Numero de telefono del trabajo: _____	

Grupo Responsable Financiero	Grupo Responsable Financiero: _____			
	Apellido	Primer Nombre	(inicial) Segunda	
	Direccion: _____			
	Calle	Ciudad	Estado	Codigo
	SSN: _____ fecha de nacimiento: _____ El numero de telefono: _____			
Relacion con el paciente: ___ Padre/Madre ___ Mujer o hombre esposo(a) ___ Otro indique _____				

Grupo Asegurada (o) (Suscriptor(a))	Nombre del Suscriptor (a): _____			
	Apellido	Primer Nombre	(inicial) Segunda	
	Direccion: _____			
	Calle	Ciudad	Estado	Codigo
	Nombre de la compania de seguros: _____			
	Telefono: _____		Fecha de nacimiento: _____	
	Numero del grupo/o polisa: _____			
SSN: _____				
Es esta visita relacionada con algun accidente del trabajo o de auto? ___ Si ___ No				

Nosotros quicieramos saber como supo de nuestra practica medica.
(Por favor chequee todo lo que sea aplicable):

<input type="checkbox"/> Recibio su tarjeta en el correo	MLR
<input type="checkbox"/> Periodico/ Aviso	NP
<input type="checkbox"/> Pajinas Amarillas/ Lista	YP
<input type="checkbox"/> Internet/ Registro	NET
<input type="checkbox"/> Radio/ Comercial	RAD
<input type="checkbox"/> Television/ Comercial	TV
<input type="checkbox"/> Feria de Salud /Evento de Comunidad	HF
<input type="checkbox"/> Pacientes Antiguos	FP
<input type="checkbox"/> Plan de Seguros/ Lista de Proveedores	INS
<input type="checkbox"/> Amigos(as)/Parientes/Recomendaciones	FR
<input type="checkbox"/> Otro _____	O

Gracias por escoger
La Clinica Medica Georgetown

